

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

DİSSOSİYATİF BELİRTİLER, BAĞLANMA STİLLERİ
VE ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARININ
ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hasan AKALIN

İstanbul
Ocak-2023

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

DİSSOSİYATİF BELİRTİLER, BAĞLANMA STİLLERİ VE
ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARININ ALKOL
KULLANIM BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hasan AKALIN

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gökhan UMUT

İstanbul
Ocak-2023

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Gökhan UMUT

Üye Dr. Yusuf BİLGE

Üye Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “Dissosiyatif Belirtiler, Bağlanma Stilleri Ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarının Alkol Kullanım Bozukluğu İle İlişkisi” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Hasan AKALIN

ÖN SÖZ

Klinik psikoloji yüksek lisans eğitimim boyunca aldığım derslerle gelişimime katkı sağlayan tüm bölüm hocalarıma, süpervizyon sürecinde her zaman desteğini hissettiğim hocam Doç. Dr. Ahmet Öztürk'e, tez döneminde yaşadığım sıkıntılı süreçte sorgulamadan bana güvenip tez danışmanım olmayı kabul eden Doç. Dr. Gökhan Umut'a, benim büyütüp bugünlere gelmemde emeği olan anneannem ve büyükbabama, canım eşim ve kızıma çok teşekkür ederim.

Hasan AKALIN
İstanbul-2023

ÖZET

**DİSSOSİYATİF BELİRTİLER, BAĞLANMA STİLLERİ VE
ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARININ ALKOL
KULLANIM BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİ**

Hasan AKALIN

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gökhan UMUT

Ocak, 2023 – 105 Sayfa

Çalışmanın amacı alkol kullanım bozukluğu ile dissosiyatif yaşantılar, bağlanma stilleri ve çocukluk çağı olumsuz yaşantıları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu araştırmada Nicel Araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini yatarak veya ayaktan tedavi gören alkol kullanım bozukluğu tanısı alan kişiler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Amatem Kliniğinde tedavi gören alkol kullanım bozukluğu tanısı alan kişiler oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Michigan Alkol Tarama Testi, Belirti Tarama Listesi (SCL-90) ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri – II kullanılmıştır. Bulgular, Psikolojik belirtiler ile dissosiyatif yaşantılar, kaygılı bağlanma ve alkolle ilişkili sorunlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu; ayrıca çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile dissosiyatif yaşantılar arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Regresyon analizi sonuçlarına göre, dissosiyatif belirtilerin alkolle ilişkili sorunları yordadığı görülmüştür. Dissosiyatif yaşantıların, alkolle ilişkili sorunlara ait varyansın % 8'ini açıklamaktadır. Ayrıca, psikolojik belirtiler alkolle ilişkili sorunların anlamlı bir yordayıcısı olup alkolle ilişkili sorunlara ait varyansın % 14'ünü açıklamaktadır. Bulgular, literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Alkol Kullanım Bozukluğu, Dissosiyatif Yaşantılar, Bağlanma Stilleri, Çocukluk Çağı Travmaları

ABSTRACT

**THE RELATIONSHIP OF DISSOCIATIVE SYMPTOMS,
ATTACHMENT STYLES, AND CHILDHOOD NEGATIVITIES
WITH ALCOHOL USE DISORDER**

Hasan AKALIN

Master, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. Gökhan UMUT

January, 2023 – 105 Pages

The aim of the study is to examine the relationship between alcohol use disorder and dissociative experiences, attachment styles and childhood traumas. In this study, the relational survey method, one of the quantitative research methods, was used. The population of the research consists of people diagnosed with alcohol use disorder who are receiving inpatient or outpatient treatment. The sample of the study consists of people diagnosed with alcohol use disorder who are receiving inpatient or outpatient treatment in Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital Amatem Clinic. Personal Information Form, Childhood Adverse Experiences Scale, Dissociative Experiences Scale, Michigan Alcohol Screening Test, SCL-90 Symptom Screening Test and Experiences in Close Relationship Questionnaire – II were used to collect data. The results showed that there was a positive and significant correlation between the SCL-90 Symptom Screening Test and dissociative experiences, anxious attachment and Michigan Alcohol Screening Test; In addition, it has been determined that there is a significant relationship between childhood negative experiences and dissociative experiences. According to the results of the regression analysis, it was seen that dissociative symptoms predicted alcoholism. Dissociative experiences explain 8% of the variance of alcoholism. In addition, SCL-90 Symptom Screening Test is also a significant predictor of alcoholism, and SCL-90 Symptom Screening Test explains 14% of the variance of alcoholism. The findings were discussed in the light of the literature.

Keywords: Alcohol Use Disorder, Dissociative Experiences, Attachment Styles, Childhood Traumas

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖN SÖZ	iii
ÖZET	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Konusu ve Soruları	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Önemi	2
1.4. Tezin Düzeni	3
1.5. Varsayımlar	3
1.6. Sınırlılıklar	4
İKİNCİ BÖLÜM	5
LİTERATÜR TARAMASI	5
2.1. Alkol Kullanım Bozukluğu	5
2.1.1. Epidemiyoloji	5
2.1.2. Etiyoloji	8
2.1.3. DSM-5 Tanı Kriterleri	9
2.1.4. Alkol Kullanım Bozukluğunun Sonuçları	11
2.2. Dissosiyasyon.....	12
2.2.1. Tanım.....	12
2.2.2. Tarihçe	13
2.2.3. Epidemiyoloji	14
2.2.4. Etiyoloji	15
2.2.5. Tanı Kriterleri	16
2.3. Bağlanma Stilleri.....	19

2.3.1. Bağlanma Kuramının Temelleri	19
2.3.2. Bağlanma Kuramı Araştırmaları	20
2.3.3. Dört Aşamalı Bağlanma Deneyimi	22
2.3.4. Bağlanma Stilleri	24
2.4. Çocukluk Çağı Travmaları	25
2.4.1. Travma Türleri	27
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	31
ARAşTIRMA YÖNTEMİ.....	31
3.1.Araştırmanın Modeli	31
3.2.Evren ve Örneklem	31
3.3. Veri Toplama Araçları	31
3.3.1.Kişisel Bilgi Formu	31
3.3.2. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği	31
3.3.3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği.....	32
3.3.4. Michigan Alkol Tarama Testi	32
3.3.5. Belirti Tarama Listesi (SCL-90).....	33
3.3.6. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri– II	33
3.4. Verilerin Toplanması	34
3.5. Verilerin Çözümlemesi	34
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	35
ARAşTIRMA BULGULARI.....	35
4.1. Betimsel İstatistikler.....	35
4.2. Korelasyon Çözümlemesi	38
4.3. Gruplararası Karşılaştırmalar	42
4.4 Regresyon Çözümlemesi Bulguları	47
BEşİNCİ BÖLÜM	50
DEğERLENDİRME VE TARTIşMA	50
5.1.Genel Değerlendirme ve Tartışma	50
5.2.Genel Sonuç.....	55
5.3.Araştırmanın Anlattıkları	56

KAYNAKÇA	58
EKLER.....	75
ÖZGEÇMİŞ.....	88



TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1: Alkol Kullanım Bozukluğu Risk Faktörleri	7
Tablo 2.2: Bağlanma Oluşumunda Etkili Süreçler	25
Tablo 4.1: Demografik Verilere Yönelik Betimsel Analiz	35
Tablo 4.2: Ölçek Verilerine Yönelik Betimsel Analiz.....	36
Tablo 4.3: Ölçeklere Yönelik Güvenirlik Analizleri.....	37
Tablo 4.4: Belirti Tarama Listesi (SCL-90) ile Yakın İlişkilere Yaşantılar Envanteri - II, Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğine İlişkin Korelasyon Bulguları.....	38
Tablo 4.5: Belirti Tarama Listesi (SCL-90) Alt Boyutları ile Michigan Alkol Tarama Testine Yönelik Korelasyon Bulguları	39
Tablo 4.6: Yakın İlişkilere Yaşantılar Envanteri - II, Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğine İlişkin Korelasyon Bulguları	40
Tablo 4.7: Yakın İlişkilere Yaşantılar Envanteri - II ile Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğine İlişkin Korelasyon Bulguları	40
Tablo 4.8: Michigan Alkol Tarama Testi ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğine İlişkin Korelasyon Bulguları	41
Tablo 4.9: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğine İlişkin Korelasyon Bulguları	41
Tablo 4.10: Cinsiyete Göre; Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Yakın İlişkilere Yaşantılar Envanteri - II ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeğine Yönelik T Testi Tablosu.....	42
Tablo 4.11: Yaşaa göre; Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Yakın İlişkilere Yaşantılar Envanteri - II ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeğine Yönelik ANOVA Tablosu	43
Tablo 4.12: Yaşaa Göre Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeğine Yönelik Post-Hoc Tukey Analizi	44
Tablo 4.13: Eğitim Durumuna Göre; Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Yakın İlişkilere Yaşantılar Envanteri - II ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeğine Yönelik ANOVA Tablosu.....	44
Tablo 4.14: Gelir Durumuna Göre; Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Yakın İlişkilere Yaşantılar Envanteri - II ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeğine Yönelik T Testi Tablosu.....	46
Tablo 4.15: Dissosiyatif Yaşantıların Alkolle İlişkilili Sorunları Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi.....	47
Tablo 4.16: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarının Alkolle İlişkilili Sorunları Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi	47
Tablo 4.17: Kaygılı Bağlanmanın Alkolle İlişkilili Sorunları Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi.....	48

Tablo 4.18: Kaçınmacı Bağlanmanın Alkolle İlişkili Sorunları Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi	48
Tablo 4.19: Belirti Tarama Listesi (SCL-90)'ın Alkolle İlişkili Sorunları Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi	49



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AKB	: Alkol Kullanım Bozukluğu
AMATEM	: Alkol Madde Tedavi ve Eğitim Merkezi
AÖF	: Açık Öğretim Fakültesi
APA	: American Psychological Assosication
AUD	: Alcohol Use Disorder
BRSHH	: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
BTADB	: Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Kimlik Bozukluk
DKB	: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu
DSM 3	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders)
DSM 4	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders)
DSM 5	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GBD	: Global Burden of Disease Study
IQ	: İntelligence Quotient
İHD	: İnsan Hakları Derneği
MAST	: Michigan Alcoholism Screening Test
MMPI	: Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NCTSN	: The National Child Traumatic Stress Network
NIAAA	: Alkol Kötüye Kullanımı ve Alkolizim Ulusal Enstitüsü
NSDUH	: National Survey on Drug Use and Health
SCL – 90	: Symptom Checklist
SPSS	: (Statistic Packets For Social Scieences) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund

Akt. : Aktaran
Çev. : Çeviren
Ed. : Editör
Sf. : Sayfa
vd. : Ve Diğerleri



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.Araştırmanın Konusu ve Soruları

Alkol kullanım bozukluğu, kişinin tüketimini kontrol edemediği, kronik olarak süregelen, aşırma ile karakterize, kişinin sosyal yaşamındaki işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen bir bozukluktur (DSM-5, 2013). Alkol kullanım bozukluğunun nedenlerine ilişkin yapılan çalışmalar, genetik koşulların da etkili olduğunu göstermekle birlikte, kişisel ve toplumsal etmenlerin de alkol kullanım bozukluğu geliştirmede önemli bir yerinin olduğunu göstermektedir (Hagele vd., 2014: 67).

Bağlanma, “insanlar arasında kalıcı bir psikolojik bağlantı” olarak tanımlanmaktadır (Bowlby, 1969: 194). Bir bireyin ilk bağlanması genellikle bebeklik döneminde bakım veren kişi ile kurulmaktadır; ancak, bağlanmanın bebek-bakıcı ilişkilerine özgü olmadığı, diğer sosyal ilişki biçimlerinde de mevcut olabileceği görülmektedir. Çeşitli türden bağlanmalar, tekrarlanan “bağlanma davranışları” belirli bir bireye belirli bir düzeyde yakınlık arama ve sürdürme sürecinin devam etmesi yoluyla oluşmaktadır (Bowlby, 1969: 165). Özellikle çocukluk çağında bağlanma ilişkilerinde görülen yetersizlik ve yoksunluklar çocuğun ilerideki kişilik yapısında ve kişilerarası ilişkilerinde birtakım sorunların ortaya çıkmasına yol açan nedenlerdendir (Pearson vd., 1993: 606).

Araştırmada bir diğer değişken olan çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ise, kişinin on sekiz yaşını doldurmadan önce maruz bırakıldığı istismar veya ihmalin yanı sıra, ebeveynin kaybı, ebeveyn ile ayrı düşme, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme ve doğal afetler” şeklinde tanımlanmaktadır (Herman, 2007; akt. Çelik ve Hocaoglu, 2018: 696). Yapılan çalışmalar, çocukluk çağında istismar ve ihmale maruz kalmanın alkol bağımlılığı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Evren ve Ögel, 2003: 30).

Dissosiyasyon ise; herkeste normal olarak bulunan bir mekanizma olmasına rağmen, erken dönemde karşılaşılan süregelen travmatik deneyimler sonucunda bozukluğa dönüşebilmektedir. Yapılan çalışmalar, dissosiyatif bozukluğa sahip bireylerin kayda

değer bir kısmının çocukluk döneminde en az bir travma türü yaşadığını göstermektedir (Öztürk, 2018: 93).

Yapılan bu kısa girizgâh bağlamında, bu çalışmanın yoğunlaştığı konu dissosiyatif belirtiler, bağlanma stilleri ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının alkol kullanım bozukluğuyla ilişkisini incelemektir. Bu amaçla çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır:

1. Alkol kullanım bozukluğu tanısı alan kişilerin alkolle ilişkili sorunlarının düzeyi ve bağlanma stilleri arasında bir ilişki var mıdır?
2. Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerin alkolle ilişkili sorunlarının düzeyi ve algılanan dissosiyatif belirti düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
3. Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerin alkolle ilişkili sorunlarının düzeyi ve çocukluk çağı olumsuz yaşantıları düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?
4. Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerin alkolle ilişkili sorunlarının düzeyi ve psikolojik belirtiler arasında bir ilişki var mıdır?
5. Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerin çocukluk çağı olumsuz yaşantıları düzeyi demografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?
6. Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerin dissosiyatif belirti düzeyi demografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?
7. Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerin bağlanma stilleri demografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?
8. Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerin psikolojik belirtileri demografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı dissosiyatif belirtiler, bağlanma stilleri ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının alkol kullanım bozukluğuyla ilişkisini incelemektir. Bu kapsamda çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, bağlanma stilleri ve dissosiyatif belirtilerin alkol kullanım bozukluğu üzerindeki etkisi üzerine elde edilecek bulgulardan hareketle literatüre katkı sağlanmaya çalışılacaktır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Alkol kullanımını ve alkol kullanım bozukluğu tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artmaya devam eden bir sağlık problemi olarak görülmektedir. Bu artışa

rağmen Türkiye’de bu alanda yapılan kapsamlı araştırmaların sayısı oldukça kısıtlıdır (Ögel vd., 2001: 48). Literatürde; çocukluk çağı travmaları, bağlanma stilleri ve dissosiyatif belirtiler konuları ile ilgili çalışmalar yapıldığı görülse de, bu değişkenlerin alkol kullanım bozukluğu ile olan ilişkisi konusunda oldukça sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yanı sıra, bu değişkenlerin alkol kullanım bozukluğu ile olan ilişkisi farklı çalışmalarda ele alınsa da bu üç değişkenin aynı çalışmada ele alınacak olması değişkenlerin hem birbirleriyle olan ilişkisinin hem de alkol kullanım bozukluğuna olan etkisinin değerlendirilmesi açısından önem arz etmektedir. Bu tez çalışmasını özgün kılacak bir diğer husus ise; çalışmaya dahil edilecek olan alkol kullanım bozukluğu tanısı almış örneklemin sayıca oldukça geniş tutulmasıdır.

1.4. Tezin Düzeni

Tez çalışması 6 temel bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde tezin ele aldığı konuyla ilgili genel bir giriş yapılmış olup; araştırmanın amacı, soruları ve hipotezlerine yer verilmiştir. İkinci bölümde ise araştırmanın konusunu oluşturan değişkenler olan alkol kullanım bozukluğu, dissosiyatif yaşantılar, bağlanma stilleri ve çocukluk çağı travmaları ile ilgili kuramsal yaklaşımlara yer verilmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümü yöntem bölümüdür. Bu bölümde araştırmanın modeli ve içeriğinden, örneklemin nasıl ve hangi yöntemle seçildiğinden, örneklemden toplanan verilerin hangi veri toplama araçlarıyla toplandığı ve bu veri toplama araçlarının özelliklerinden ve araştırmanın nasıl gerçekteştirildiğinden bahsedilmiştir. Çalışmanın dördüncü bölümü bulgular bölümüdür. Bu bölümde örneklemden veri toplama araçlarıyla toplanan verilerin analizlerine yer verilmiştir. Yapılan analizler sonucu elde edilen bulgulardan hareketle araştırmanın sorularına cevap aranmış ve araştırma hipotezleri test edilmiştir. Çalışmanın beşinci bölümü tartışma ve sonuç bölümüdür. Bu bölümde bulgular kısmında elde edilen sonuçlar ele alınacaktır. Elde edilen bulguların literatür ile uyumluluk derecesi incelenmiş ve bu çalışmadan elde edilen bulgular ışığında öneriler sunulmuştur. Son olarak çalışmanın altıncı bölümü kaynakçadır. Bu bölümde çalışmada kaynak olarak kullanılan yazılı, görsel, elektronik vb. tüm eserler liste halinde sunulmuştur.

1.5. Varsayımlar

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan ölçeklerin, alkol kullanım bozukluğu tanısı alan katılımcılar tarafından içtenlikle ve samimi bir şekilde yanıtlandığı ve alınan yanıtların geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmaktadır.

1.6. Sınırlılıklar

Bu araştırma, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde tedavi gören alkol kullanım bozukluğu tanısı alan kişilerden elde edilen veriler ile sınırlıdır.

Elde edilen veriler Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri - II, Michigan Alkol Tarama Testi, Belirti Tarama Testi (SCL-90) ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile sınırlıdır.



İKİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Alkol Kullanım Bozukluğu

Alkol, küresel olarak hastalığa ciddi katkıda bulunan ve önlenebilen ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Alkol kullanım bozukluğu ise, en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Witkiewitz, Litten ve Leggio, 2019: 1). Alkol kullanım bozukluğu (AKB), olumsuz sosyal, mesleki ve sağlık sonuçlarına rağmen alkol kullanımını durdurma veya kontrol etme yeteneğinde bozulma ile karakterize tıbbi bir durumdur. Bir beyin bozukluğu olarak kabul edilen AKB, hafif, orta veya şiddetli olabilir. Alkol kötüye kullanımının beyinde neden olduğu kalıcı değişiklikler alkol kullanım bozukluğunu devam ettirmekte ve bireyleri nükse karşı savunmasız hale getirmektedir (NIAAA, 2021).

Alkol Kullanım Bozukluğunun yaygınlığı, etki alanlarının genişliği ve sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, hastalığın nedenlerini anlamak ve tedavisine yönelik çalışmalar gerçekleştirilmesinin önemi anlaşılabilir. Bu bağlamda, tezin bu kısmında alkol kullanım bozukluğunun etiyojisi, epidemiyolojisi, tanı kriterleri ve sonuçları incelenecektir.

2.1.1. Epidemiyoloji

Alkol kullanımı 18 yaş üzeri yetişkin bireylerde yaygın olarak karşılaşılan bir durumdur. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Araştırması (2020) sonucunda, 12 yaş üzerindeki bireyler arasında alkol kullanımına ilişkin şu veriler elde edilmiştir:

- Yüzde 80'i yaşamları boyunca alkol kullanmıştır.
- Yüzde 51'i son 30 gün içinde en az bir kez alkol kullanmıştır.
- Yüzde 24'ü son bir ay içinde (bir defada beş veya daha fazla içki) çok içki içtiğini bildirmiştir (ör. tıknırcasına içme nöbeti)
- Yüzde 6'sı geçen ay ağır alkol kullandığını (beş veya daha fazla durumda beşten fazla içki) bildirmiştir (NSDUH, 2020: 13).

Yukarıdaki veriler, alkol konusunda kaynak açısından zengin bir ülke olan ABD'den elde edilmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalar, kaynakları kısıtlı birçok ülkede

de alkol kullanım oranlarının arttığını ve bu ülkelerde artan alkol kullanımına bağlı sağlık sorunlarının görülmeye başlandığını göstermektedir (Burki, 2010: 153).

Alkol kötüye kullanımının yaşam boyu riskinin kadınlarda %10, erkeklerde %20 olduğu; alkol bağımlılığının yaşam boyu riskinin ise kadınlarda % 3 ila 5, erkeklerde %10 olduğu yapılan araştırmalarca gösterilmektedir (Yenigün, 2006: 1). Alkol tüketen bireyler arasındaki alkol kullanım bozukluğu yaygınlığının dört farklı ülkedeki acil ünitesine başvuran kişiler arasından belirlenen örnekleme de değerlendirildiği bir diğer çalışmada ise, Polonya'da %14, Amerika'da ise %41 oranında alkol kullanım bozukluğu yaygınlığı tespit edilmiştir (Güleç, Köşger, Eşsizoglu, 2015: 457).

Grant vd., (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada (AKB)'nin DSM-5 kriterleri doğrultusundaki on iki aylık ve yaşam boyu yaygınlık bulguları sırasıyla %13.9 ve %29.1 olarak tespit edilmiştir. Hasin vd., (2007) tarafından DSM-IV kriterleri doğrultusunda gerçekleştirilen çalışmada ise bu oranlar sırasıyla %12.5 ve %3.8'dir. Bu anlamda, son on yıllık süreçte Alkol Kullanım Bozukluğu yaygınlığındaki artışın ciddi oranlarda olduğu görülmektedir. Ayrıca prevalansın daha genç erkek ve düşük gelir düzeyine sahip kişilerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınlara kıyasla, erkeklerin hem son 12 ayda hem de tüm yaşamları boyunca alkol kullanım bozukluğu kriterlerini karşılama olasılığı iki kat fazladır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada, yaşam boyu alkol kullanım oranı erkeklerde kadınlara oranla beş kat fazla bulunmuştur. Haftada en az bir defa tüketimde ise bu oran erkeklerde 9 kat fazladır (Ögel ve ark., 2003: 123). Tüm yetişkinlik dönemlerinde ise, 18-29 yaş arası genç yetişkinler en yüksek alkol kullanım bozukluğu oranlarına sahip bulunmuştur. Genç erişkinlik döneminden başlayarak, bireyler yaşlandıkça alkol kullanım bozukluğu prevalansı azalmaktadır (Recovery Research Institute, 2018). Bu bağlamda, AKB için risk faktörleri arasında düşük sosyoekonomik düzey, erkek olmak ve genç olmak sayılabilir. Ayrıca problemlili alkol tüketimi yaşamın erken dönemlerinde başlama eğilimindedir. Epidemiyolojik Havza Alanı çalışmasında yaşam boyu AKB tanısı alan yetişkinlerin %80'den fazlasının ilk semptomlarını 30 yaşından önce geliştirdiği ve %35'inden fazlasının 15-19 yaşları arasında en az bir semptom geliştirdiği bulunmuştur (Helzer ve Burnam, 1991:9).

Bir kişinin AKB geliştirme riski kısmen ne kadar, ne sıklıkta ve ne kadar hızlı alkol tükettiğine bağlıdır. Aşırı içme ve ağır alkol kullanımını içeren alkolün kötüye

kullanımı, zamanla AKB riskini artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda tespit edilen diğer risk faktörleri aşağıdaki tabloda derlenmiştir (NIAAA, 2020; Grant vd., 2015):

Tablo 2.1: Alkol Kullanım Bozukluğu Risk Faktörleri

RİSK FAKTÖRLERİ	
Cinsiyet	Erkek olmak
Yaş	18-29 yaş aralığı
Etnik köken	Kızılderili ve beyaz etnik köken
Eştanılar	Diğer madde kullanım bozuklukları, duygudurum bozuklukları (major depresyon, bipolar bozukluk) veya kişilik bozukluklarına sahip olmak (sınırdan veya antisosyal kişilik)
Erken yaşta başlamak	26 yaş ve üstü kişiler arasında, 15 yaşından önce içmeye başlayanların, içmeye başlamak için 21 yaşına veya daha sonrasını bekleyenlere göre, AKB bildirme olasılığı 5 katından fazladır. Bu gruptaki kadınlarda risk erkeklere göre daha fazladır.
Genetik ve ailede alkol sorunları öyküsü.	Genetik, yaklaşık yüzde 60 oranında kalıtsallık ile bir rol oynar; ancak, diğer kronik sağlık koşulları gibi, AKB riski de kişinin genleri ve çevresi arasındaki etkileşimden etkilenir. Ebeveynlerin içme alışkanlıkları, bir çocuğun bir gün AKB geliştirme olasılığını da etkileyebilmektedir.
Ruh sağlığı koşulları ve travma öyküsü.	Depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu dahil olmak üzere çok çeşitli psikiyatrik durumlar AKB ile birlikte görülür ve artmış AUD riski ile ilişkilidir. Çocukluk travması öyküsü olan kişiler de AKB'ye karşı savunmasızdır.

Rohde, Lewinsohn ve Seeley (1996), çeşitli düzeylerde sorunlu alkol kullanımının psikiyatrik bozukluklarla ne derece ilişkili olduğunu incelediği çalışmalarında, AKB'li ergenlerin %80'inden fazlasında, artan depresif bozukluklar, yıkıcı davranış bozuklukları, uyuşturucu kullanım bozuklukları ve günlük tütün kullanımı oranlarıyla birlikte bir tür komorbid psikopatoloji olduğunu göstermiştir. Alkol kullanım bozukluğu, genel olarak, diğer psikiyatrik bozuklukların başlangıcından önce gelmek yerine bu psikolojik bozuklukları takip etmektedir. Alkol kullanım bozukluğu ile psikolojik bozuklukların komorbiditesi, daha erken AKB başlangıç yaşı ile de ilişkilendirilmiştir (Rohde, Lewinsohn ve Seeley, 1996: 101).

2.1.2. Etiyoloji

Alkol kullanım bozukluğunun etiyojisine ilişkin yapılan çalışmalar, genetik koşulların da etkili olduğunu göstermekle birlikte, kişisel ve toplumsal etmenlerin de alkol kullanım bozukluğu geliştirmede önemli bir yerinin olduğunu göstermektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, alkol tüketmenin bireye verdiği hazzın yanı sıra süreç ilerledikçe toleransın artmasıyla bağımlılık durumu gelişmekte; fizyolojik etmenlerin, alkol kullanım bozukluğu geliştirmede etkili olduğu görülmektedir. Bununla birlikte psikolojik etmenler de hesaba katıldığında, alkol tüketiminin bireyin özgüvenini arttırması, kaygı durumu ve psikolojik boşluk hissini azaltması gibi etkilerinin olduğu da görülmektedir. Fizyolojik bağımlılığın yanı sıra bahsi geçen bu psikolojik olumlu etkiler de bağımlılığın oluşmasında etkilidir (Hagele vd., 2014: 67).

Davranışsal bakış açısıyla alkol kullanım bozukluğu, öğrenilmiş bir davranıştır. Alkol tüketimi kaygıyı azaltmakta ve kişiye rahatlık vermektedir. Bu gibi pekiştirici etkileri sebebiyle alkol tüketimi sürekli hale gelmektedir. Başlangıçta toplumsal ve çevresel etmenler ile alkol tüketen bireyler, zamanla baş etmekte zorlandıkları durumlar karşısında alkol tüketimine yönelir ve/veya alkol tüketimi miktarını artırır (Bayar ve Yavuz, 2008: 222). Dolayısıyla davranışsal kuram açısından alkol kullanım bozukluğunun gelişiminde edimsel koşulların etkili olduğu söylenebilir.

Psikanalitik kuramın bakış açısıyla alkol kullanım bozukluğu değerlendirildiğinde, süper egonun birey üzerindeki otoriter ve engelleyici etkisinin olduğu görülmektedir. Bu etkiyi engellemek için birey, alkol kullanımına yönelmekte ve hazzı elde etmek için alkolü aracı olarak kullanmaktadır. Bu anlamda psikanalitik kurama göre, cinsel gelişim dönemlerinden biri olan oral dönemdeki saplantı alkol bağımlılığı geliştirmede etkilidir ve alkol, aşırı engelleyici olan süper egonun baskısının azaltılmasında ve bilinçdışı gerginliğin giderilmesinde kullanılır (Bayar ve Yavuz, 2008: 222).

Sosyal etkenler ve stres de alkol kullanım bozukluğunun gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir. Örneğin, işlevsiz aile yapıları, stres dolu veya cinsel istismar gibi travmatik yaşam olayları ve olumsuz akran çevresi de alkol tüketimini etkilemektedir (Enoch, 2011: 26; Van Ryzin, Fosco ve Dishion, 2012: 1314). Yetişkin bireylerdeki yüksek düzeyde stres, alkol kullanım bozukluğu olmayan bireylerde dahi alkol kullanımını tetikleyebilmektedir. Örneğin De Wit vd., (2006: 1270) tarafından gerçekleştirilen deneysel bir çalışmada, sosyal içiciler olan otuz yedi katılımcının

stresli bir durum sonrasında anlamlı düzeyde daha fazla alkol tükettiği görüldü. Alkolün doğası gereği sakinleştirmesi sebebiyle, olumsuz duyguları azaltmada ve iç gerginliği elimine etmede kullanıldığı görülmektedir. Sıçanlar ve maymunlar ile yapılan hayvan çalışmalarında anneden erken ayrılmanın alkol tüketimini artırdığı da görülmüştür (Cruz vd., 2008: 459; Higley vd., 1993: 615). Volpicelli vd., (1990) sıçanlarla gerçekleştirdiği diğer bir çalışmada stresin alkol tüketimini artırdığını göstermiş, insanlar ile gerçekleştirilen çalışmalarda da stresli yaşam olaylarının alkol tüketimini artırdığı görülmüştür (Sinha, 2001: 343). Bu çalışmalarda, kötüye kullanıma karşı savunmasızlığın artmasının, yaşamın ilk haftalarındaki stresli olaylara bağlı olarak hipotalamik-hipofiz-adrenal eksenindeki değişikliklerden kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Hormonal sistemlerin hipotalamus dışında strese verilen tepkileri kontrol eden bir diğer bölümü olan beyin renin-anjiyotensin sistemi stresli olaylara bağlı olarak alkol alımının düzenlenmesinde rol oynuyor gibi görünmektedir (Sommer ve Saavedra, 2008: 723). Son olarak, sosyal stres, hayvanlarda ve insanlarda kortikotropin salgılayan hormon reseptörü genetik varyantları ile etkileşime girerek, alkol tüketimine karşı yüksek hassasiyet sergileyen fenotipler üretmektedir (Schmid vd., 2010: 703).

Yapılan ikiz ve evlat edinme çalışmaları da alkol kullanım bozukluğu geliştirmede ailenin etkisini göstermektedir. İkiz çalışmaları sonucunda, alkol bağımlılığının kalıtsallığının yaklaşık %50 olduğu tahmin edilmektedir (Kendler vd., 1997: 178).

Goodwin vd., (1974: 164) tarafından gerçekleştirilen çalışmada alkol bağımlısı babaların bu babalarla birlikte büyüyen ya da büyümeyen oğullarının içme davranışlarını incelemiştir. Bulgular alkol bağımlısı bir ebeveynle büyümekle karşılaştırıldığında, alkol tüketimi üzerinde daha büyük bir genetik etki olduğunu göstermektedir. Ayrıca, yapılan çalışmalarda alkol bağımlısı bireylerin %33,5'inin ebeveynlerinde de alkol kullanım bozukluğu olduğunu göstermektedir. Yanı sıra, bu tanıyı alan bireyleri çocuklarında da aynı tanının görülme riski %25 olarak bulunmuştur (Aladak, 2021: 45).

2.1.3. DSM-5 Tanı Kriterleri

DSM-IV'te "alkol kötüye kullanımı" ve "alkol bağımlılığı"nın yerini DSM-5'te "Alkol Kullanım Bozukluğu" almıştır. Alkol kullanım bozukluğu, 11 spesifik psikososyal, davranışsal ve fizyolojik kriterler ile kendini gösterdiği gibi, klinik olarak

belirgin bir bozulmaya veya sıkıntıya yol açan sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü ile karakterizedir (NIAAA, 2021). DSM-5 kapsamında, aynı 12 aylık dönemde aşağıdaki 11 kriterden herhangi 2'sini karşılayan herkes AKB tanısı almaktadır. Alkol kullanım bozukluğunun şiddeti (hafif, orta veya şiddetli) karşılanan kriterlerin sayısına bağlı olmaktadır.

1. *Alkolün genellikle daha büyük miktarlarda veya amaçlanandan daha uzun bir süre boyunca alınır.*
2. *Alkol kullanımını azaltmak veya kontrol altına almak için sürekli bir istek veya başarısız çaba vardır.*
3. *Alkol elde etmek, alkol kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli faaliyetlere çok zaman harcanır.*
4. *Alkol kullanma isteği ya da güçlü bir istek ya da dürtü bulunur.*
5. *İşte, okulda ya da evde başlıca sorumluluklarını yerine getirememeye ile sonuçlanan yineleyici alkol kullanımı bulunur.*
6. *Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da şiddetlendirdiği kalıcı ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşın alkol kullanımına devam etme bulunur.*
7. *Alkol kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya eğlence etkinliklerinden vazgeçilir veya azaltılır.*
8. *Fiziksel olarak tehlikeli olduğu durumlarda tekrarlayan alkol kullanımı.*
9. *Alkolün neden olduğu veya alevlendirdiği, kalıcı veya yineleyici bir fiziksel veya psikolojik sorun olduğu bilinmesine rağmen alkol kullanımına devam edilir.*
10. *Aşağıdakilerden biri ile kendini gösteren tolerans geliştirme:*
 - a. *Eksikliği veya istenen etkiyi elde etmek için belirgin şekilde artan miktarda alkole duyulan ihtiyaç.*
 - b. *Aynı miktarda alkolün sürekli kullanımı ile belirgin olarak azalmış bir etki.*
11. *Aşağıdakilerden biri ile kendini gösteren geri çekilme:*
 - a. *Alkol için karakteristik yoksunluk sendromu yaşanır.*
 - b. *Yoksunluk semptomlarını hafifletmek veya önlemek için alkol (veya benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır (DSM-5,2013).*

DSM-5 'te AKB 'nin şiddeti şu şekilde tanımlanır:

- *Hafif: 2 ila 3 semptomun varlığı*
- *Orta: 4 ila 5 semptomun varlığı*
- *Şiddetli: 6 veya daha fazla semptomun varlığı (NIAAA, 2021).*

2.1.4. Alkol Kullanım Bozukluğunun Sonuçları

Aşırı alkol tüketimi, ABD'deki üçüncü önde gelen önlenabilir ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda seksen binden fazla ölüm, doğrudan alkol kullanımına bağlı gerçekleşmektedir (Habib, Durand ve Frey, 1991: 406). Yapılan bir diğer çalışmada, ABD'deki çalışma çağındaki yetişkinler arasında her 10 ölümden 1'inin aşırı alkol tüketiminden kaynaklandığı, bu oran eyaletler arasında değişse de aşırı içmenin ülke çapında erken ölümlerin önde gelen nedeni olmaya devam ettiği görülmektedir (Stahre ve ark., 2014: 7).

Aşırı alkol kullanımına bağlı ölümler arasında intihar, eşlik eden tıbbi hastalıkların artması ve ölümcül kazalar yer almaktadır. Bilhassa sağlık hizmeti ortamları, problemlili alkol tüketimi olan hastalarda intiharı belirlemek için önemli bir alan sunmaktadır. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin intihardan önce sağlık hizmeti aldığı görülmektedir. İsveç'te gerçekleştirilen ulusal anket çalışmasında, intihar nedeniyle ölen 2601 yetişkinin sağlık hizmeti kullanımını incelenmiştir (Crump ve ark., 2020: 710). Bulgular, intihar nedeniyle ölen alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin %40'ının önceki iki hafta içinde bir sağlık hizmeti aldığını ve %76'sının önceki üç ay içinde bir sağlık hizmeti aldığını göstermektedir. Dört yüz binden fazla katılımcıyı içeren, 31 çalışmanın meta-analiz sonuçları ise, alkol kullanım bozukluğu ile intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (Darvishi ve ark., 2015: 11). Yapılan bir diğer çalışmada ise alkol kullanım durumu ile intihar davranışı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmada, alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı olan hastaların %35.6'sının ve halen alkol tedavisi gören hastaların %53.3'ünün hayatında en az bir intihar deneyimi yaşadığı tespit edilmiştir. Ayrıca, alkol bağımlılığının şiddetinin de intihar girişimi için bir risk faktörü olduğu görülmüştür. Hafif içicilerle karşılaştırıldığında, ağır alkol tüketen bireylerde intihar girişimi riskinin üç kat fazla olduğu görülmüştür ve alkol düzeylerinden bağımsız olarak alkol tedavisi gören hastalar altı kat daha yüksek risk altındadır (Yaldizli ve ark., 2010: 70).

Alkol kullanım bozukluğunun bir diğer sonucu ise tıbbi komorbiditelerin görülmesidir. 83 prospektif çalışmadan elde edilen verilerin toplanması ve yaklaşık altı yüz bin hastayı içeren verilerin analizi sonucunda, artan alkol tüketimi ile miyokard enfarktüsü dışındaki kardiyovasküler hastalıklar ve daha düşük yaşam beklentisi arasında ilişki olduğu görülmüştür (Wood ve ark., 2018: 1513). Yanı sıra, alkol kullanım bozukluğu ölümcül kazaların gerçekleşmesinde de etkindir. Örneğin, 2015 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 10.500 trafik ölümü, yani tüm trafik ölümlerinin yüzde 28'i alkol kullanımıyla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, boğulma riskinin, içki içen kişilerde yaşa göre ayarlanmış kontrollere göre 3.5 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Chen, Baker ve Li, 2005: 245).

2.2. Dissosiyasyon

2.2.1. Tanım

Kelime manası olarak dissosiyasyon, ayrılma, dağılma, kopma olarak ifade edilmektedir. Dissosiyatif bozukluklar bütüncül bir biçimde bilinç, algı, kimlik ve belleğin bozulması ile ilintili olup yalnızca fiziksel rahatsızlıklar ve beyin hasarı ile anlaşılammaktadır. Dissosiyasyon, bilişsel süreçlerde görülen boşluklar olarak da ifade edilmektedir. Dissosiyatif süreç, rutin hayatta deneyimlenen dalgınlık, hayal kurma gibi hususlar ile başlayıp, dissosiyatif kimlik bozukluğuna kadar geniş bir ranji içermektedir (Kaşıkçı, 2019: 21). Dissosiyatif bir deneyimde bilişsel eylemler bilinçten ayrılmaktadır ve bütünlük kaybolmaktadır. Bu durumda ise kişinin his ve eylemlerindeki farkındalığı azalır (Bolu vd., 2014: 97).

Dissosiyasyonun gerçekleşmesindeki sebeplerin çocukluk çağı travmaları olduğu düşünülmektedir (Zoroğlu vd., 2001: 70). Dissosiyatif yaşantı ile travma arasındaki ilişkiye yönelik dört temel alan bulunmaktadır. Bunlardan ilki, dissosiyatif bozukluğa sahip kişilerin %90 ila %100'ünün çocukluk çağında ağır travma yaşadığı olgulardır. İkincisi, değişik dissosiyasyon verileri ile travması olan ve olmayan bireylerin karşılaştırılmasıdır. Sonuçlar, travması olan kişilerin olmayan kişilere göre anlamlı derecede daha fazla dissosiyatif belirtiler yaşadığını göstermektedir. Üçüncü veri alanı, travma yaşayan kişilerde, yaş ve istismara maruz kalma süresi gibi travmanın derecesi ile ilişkili faktörlerin, dissosiyasyon şiddeti ile doğru orantılı olduğunu tespit eden araştırmalardır. Bu anlamda, çocuk istismarının yaşı ne kadar küçük ise, dissosiyasyonun şiddeti de o kadar yüksektir. Dördüncü ve sonuncusu ise, travma

sırasında dissosiyasyonun, sonraki travma sonrası stres bozukluğunun oluşmasında önemli rolü olduğunu gösteren araştırmalardır (Zoroğlu vd., 2001: 70).

Aşırı strese maruz kalındığında beden kaygıyı azaltmak için savunma mekanizması olarak dissosiyasyonu kullanmaktadır (Bolu vd., 2014: 97). Çocukluk çağında fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmale maruz kalan dissosiyatif belirtileri olan bireylerin hem bedensel hem psikolojik sağlıkları örselenmektedir. Öyle ki, istismar sonucu oluşan dissosiyasyon bilinç ve benliğin bütünlüğünü de geri döndürülemez şekilde zarar verebilmektedir. Bazı durumlarda bireyin intihar girişimine neden olarak ölümcül sonuçlara neden olabilmektedir (Öztürk, 2017: 5). Esasında dissosiyasyon, yaşama uyum sağlamada yardımcı olan ve her kişide bulunan bir mekanizmadır. Bununla birlikte, çocukluk çağında travmatik yaşam deneyimlerine maruz bırakılan kişi için dissosiyasyon bir patolojik duruma gelebilmektedir. İlk aşamada normal bir seyir izlemek suretiyle travmayla baş etmede kullanılan dissosiyasyon zamanla bireyin anılarını, belleğini ve algılarını parçalara böler ve bu şekilde kaydeder. Bir yanı sıra bireyin travmatik yaşam olaylarının ağır yüküne maruz kalmasını engellerken, diğer yanı sıra travmayı yeniden ele almayı önler (Öztürk, 2017: 2).

2.2.2. Tarihçe

1800'lü yıllara değin dissosiyatif belirtiler, bireyin içerisine cin kaçması, kötücül ruhların veya şeytanın bireyi etkisi altına alması olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte on dokuzuncu yüzyıl ile birlikte Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB)'nin bilimsel bir tanımı yapılabilmektedir. Benjamin Rush, "çift zihlinli" iki olgudan söz etmiştir (North ve Carol, 1993: 15). Dissosiyasyonu ilk kez sistematik bir biçimde inceleyen kişi ise Janet'tir (Kolk ve Hart, 1989: 1530). Dissosiyatif belirtilere ilişkin modern araştırmalar, 19. Yüzyılın sonlarında Janet'in gerçekleştirdiği çalışmalar neticesiyle ön plana çıkmıştır. Bu sebeple literatürde, dissosiyasyon ve dissosiyatif bozuklukların modern tarihinin Pierre Janet ile başladığı kabul edilmektedir (Öztürk, 2020: 6). Janet, zihni organize eden araç olarak belleği kabul etmiştir ve belleğin iki temel işlevine vurgu yapmıştır. İlk işlev, doğumdan ölüme kadar geçen süreçteki bütün duyguları depolamak iken, ikinci işlev önceden entegre edilen anıların yeni bilgileri de organize etmesini sağlamaktır (Kudu, 2021: 26). Pierre Janet'e göre dissosiyasyon, travmatik deneyimler sonucunda bilinçaltı sabit fikirleri oluşturan bellek tabakaları sonucunda oluşmaktadır. Bu bellek tabakalarının, duygulanımları da organize ederek bireyin kontrolü ve algısını ekarte ettiğini ve bilinçli farkındalığı engellediği

savunulmaktadır. Bahsi geçen bu tabakalar ise konversiyon ve geriye dönüşlere sebebiyet vermekte ve dissosiyatif kişilik bozukluğundaki alter kişiliklere kadar çeşitlenmektedir. Janet, ayrışma teorisine değindiği ilk kitabında, dissosiyasyonu “psikolojik” ve “somatoform” olmak üzere iki şekilde terimleştirmiştir. Güncel olarak ise psikolojik dissosiyasyon terimi, dissosiyasyonun psikolojik elementleri için, somatoform dissosiyasyon terimi ise bedensel elementler için kullanılmaktadır. İki terim de kişinin tepki ve işlevlerindeki bütünleşme yoksunluğunu ifade etmektedir (Öztürk, 2017: 8). Bluerer’in şizofreniyi yeniden tanımlaması sonucunda 20. yy’ın başlarında DKB’lilerin çoğu şizofreni hastası olarak tanımlanmıştır. Bu sebeple, 1914-1926 seneleri arasında şizofreni tanıları artarken, DKB tanıları azalmıştır (Ross, 1997: 20). Yirminci yüzyıla gelindiğinde ise iki dünya savaşı arasındaki dönemde dissosiyasyona ilişkin ilgi anlamlı şekilde azalma göstermiştir ve 1980’lere kadar dissosiyasyona yönelik eleştiri makaleleri yayımlanmaya devam etmiştir. Dissosiyatif bozukluklara olan ilgi 2000’lerin başından itibaren tekrar artış göstermiş ve ABD, Belçika, Kanada, Türkiye gibi pek çok ülkede bu hususta özgün ve temel çalışmalar gerçekleştirilmiştir (Öztürk, 2017: 9).

2.2.3. Epidemiyoloji

Dissosiyasyonun bilimsel olarak geçerli ölçüm araçlarının geliştirilmesine kadar (bkz. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Dissosiyasyon Yaşantıları Anketi, DSM-III-R Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi) dissosiyatif yaşantı ve bozuklukların epidemiyolojisine ilişkin araştırmalar genellikle tanımlayıcıdır (Canan, 2010: 17). Son 25 yılda yapılan epidemiyolojik çalışmalar, dissosiyatif bozuklukların önceden yeterince teşhis edilemediğini ve uygun tarama ve tanı araçları ile çok daha yüksek bir prevalansın bulunduğunu göstermiştir. Çeşitli araştırmalar, dünya çapındaki topluluk örneklemelerinde ve çeşitli özel popülasyonlarda (örneğin, madde bağımlıları veya çocuklukta cinsel istismardan kurtulanlar) dissosiyatif deneyimlerin ve/veya dissosiyatif bozuklukların yaygınlığını değerlendirmiştir. Bununla birlikte bugüne kadar, yatan hasta popülasyonların en kapsamlı şekilde incelenen örneklem olduğu görülmektedir (Foote vd., 2006: 623). Psikopatolojiye sahip hastalarda dissosiyatif yaşantılar yaygın olarak görülmektedir (Tucker, Harrow ve Quinlan, 1973: 702). Yapılan çalışmalar, post travmatik stres bozukluğu, yeme bozukluğu, fobik bozukluklar ve borderline gibi kişilik bozukluklarında dissosiyasyon olma olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir

(Demitrack vd., 1990: 1184; John, Hollander ve Perry, 1983; Spiegel, Hunt ve Dondershine, 1988: 301). Madde bağımlıları ile yapılan çalışmada hastaların %39'unda bir disosiyatif bozukluk olduğu görülmüştür (Kronson, Ross ve Koenigen, 1990). Psikiyatri servisindeki yaygınlık ise %10 ila %12 arasında tespit edilmiştir (Şar ve Ross, 2006: 129). Acil psikiyatri ünitesinde ise bu oran %34.9'a kadar yükselmektedir (Şar vd., 2007: 45). 9 ülkeyi içeren 12 adet çalışmanın incelendiği bir çalışmada, psikiyatri servisindeki hastaların DKB prevalansı %5 olarak tespit edilmiştir (Yu vd., 2010: 358). Foote vd., (2006) tarafından gerçekleştirilen bir diğer araştırmada ise, dissosiyatif bozuklukların yaygınlığında anlamlı bir yükselme olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Şar vd., (2000: 216) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada Türkiye'de ayaktan tedavi gören hastaların %12'sinin dissosiyatif bozukluk, %4'ünün dissosiyatif kimlik bozukluğu ve %8'inin başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluğa sahip olduğu sonucuna erişilmiştir. Disosiyatif bozukluklarda risk grubu olarak ele alınan gruplar ile yapılan çalışmalarda, madde bağımlılığında yaygınlık %26, alkol bağımlılığında %9, madde ve alkol bağımlılığının birlikte görüldüğü durumlarda %17.2 olarak bulunmuştur (Evren, Şar ve Karadağ, 2007: 233; Karadağ, Şar ve Tamar-Gurol, 2005: 1247; Tamar-Gurol, Şar ve Karadağ, 2008: 540). Ayrıca dissosiyasyonun erkeklerde ve genç popülasyonda daha az görüldüğü yapılan çalışmalar sonucunda tespit edilmiştir. Dissosiyasyon yaygınlığı, kadınlarda 5 ila 9 kat daha fazladır. Daha çok görülen dönem ise ergenliğin sonu ve yetişkinliğin başıdır (İşler, 2020: 13).

2.2.4. Etiyoloji

Dissosiyatif bozukluklarda aile etkisine yönelik yapılan çalışmalar görece daha azdır. Braun (1985) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, 18 vakanın 12'sinin ailesinde önemli ayrışma ve/veya dissosiyatif belirtiler olduğu görülmüştür. Kluff (1984) ise, çocukluk çağındaki çoklu kişilik bozukluğu vakalarının %40'ında bir veya her iki ebeveynde de çoklu kişilik bozukluğu olduğunu bulmuştur. Yüksek oranda çocukluk çağı istismarı ve/veya ihmalinin dissosiyatif bozuklukların merkezinde olduğu bildirilmiştir (Chu ve Dill ve 1990: 887; Chu vd., 1999: 749; Ogawa vd., 1997: 855). Brown ve Anderson (1991), dissosiyasyonun etiyojisinde en sık karşılaşılan sonucun çocukluk çağı travmaları olduğunu belirtmiş, ayrıca Halligan ve Yehuda (2002), dissosiyatif belirtilere çoğunlukla travmatik deneyimlerin eşlik ettiğini söylemiştir (Doruk vd., 2012: 23). Chu ve Dill (1990: 887), acı veren deneyimlerin dissosiyasyon

ile daha az acı verici hale gelme sürecini ele almıştır. Buna göre, acı veren deneyimler, algıdaki değişimler sonucunda depersonalizasyon ve derealizasyona neden olmakta; unutma sonucunda ise amneziye ve sanki kendisinin yaşantısı değil de başkasının yaşantısıymış gibi çoğul kişiliklere sebep olmaktadır. Terr (1995) ise, çocukluk çağı travma türünün dissosiyasyonu değerlendirmede bir kaynak olabileceğini ifade etmiştir. Buna göre, Terr (1995: 303) travmayı, “Tip 1 Travma” ve “Tip 2 travma” olarak ikiye ayırmıştır. Tip 1 travmada, beklenmeyen münferit bir olay bulunmaktadır ve olayın ayrıntıları net bir biçimde hatırlanmaktadır. Tip 2 travmada ise süregelen ve uzun süren dış etkenlere ilişkin travmalar söz konusudur. Tip 2 travmalar çoğunlukla dissosiyasyon ile ilişkilidir (Terr, 1995: 314).

2.2.5. Tanı Kriterleri

Disosiyatif bozukluklar, 80’li yıllara değin “histeri”nin alt kategorisi olarak ele alınmıştır. DSM-III’te ise disosiyatif bozukluk terimi kullanılmaya başlanmıştır. Ayrıca DSM-III’te hastalığın nadir görüldüğüne dair olan vurgu, DSM-III-R’de kaldırılmıştır. DSM-III-R’de beş ana dissosiyatif bozukluk tanımlanmıştır. Ayrıca, dissosiyatif bir süreç olarak görülen konversiyon bozukluğu, DSM-III-R’de ayrılmıştır. DSM-IV, dissosiyatif bozukluğun bilinç, kimlik ve bellek ile olan ilişkisini vurgulamaktadır. DSM-IV’te BTADB’nin alt kategorisi olan dissosiyatif trans bozukluk, DSM-IV-TR’de ayrı bir tanı kategorisi olarak ele alınmıştır (DSM, 2000). DSM-5 (2013) göre disosiyatif bozuklukların kategorileri ve tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

- *Disosiyatif Kimlik Bozukluğu*
- *Unutkanlık Çözülmesi (Disosiyatif Amnezi)*
- *Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon) ve Gerçekdışılık (Derealizasyon) Bozukluğu*
- *Tanımlanmış Diğer Bir Disosiyatif Bozukluk*
- *Tanımlanmamış Disosiyatif Bozukluğu*

a) *Disosiyatif Kimlik Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri*

- A.** İki ya da ikiden çok ayrı kişilik durumu ile belirli kimlik bölünmesi. Kimlikteki bölünme, kendilik duyumunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin belirgin olarak bozulmasını kapsar ve duygulanım, davranış, bilinçlilik, bellek, algı, biliş ve/ya da duyuşal-devinsel işlevsellikte bununla ilişkili değişiklikler bulunur. Bu belirti ve bulgular, başkalarının gözlenebilir ya da kişi bunları bildirir.
- B.** Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak şekilde, günlük olayları, önemli kişisel bilgileri ve/ya da örseleyici olayları anımsarken yineleyici boşluklar olması.
- C.** Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- D.** Bu bozukluk, genel kabul gören kültürel ya da dinsel bir uygulamanın bir bölümü değildir.
- E.** Bu belirtiler, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

b) *Unutkanlık Çözülmesi (Dissosiyatif Amnezi) DSM-5 Tanı Kriterleri*

- A.** Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, genellikle örseleyici ya da gerginliği tetikleyici nitelikte, özyaşamöyküsüyle ilgili bilgileri anımsayamama.
- B.** Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C.** Bu belirtiler, bir ya da nörolojiyi ilgilendiren bir durumun ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D.** Bu bozukluk, kimlik çözülmesi bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu, akut gerginlik bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu, yeğın ya da ağır olmayan nörobilişsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

c) *Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon)/ Gerçekdışılık (Derealizasyon) Çözülmesi DSM-5 Tanı Kriterleri*

A. *Sürekli ya da yineleyici, kendine yabancılaşma, gerçekdışılık yaşantıları ya da her ikisinin birlikte olduğu yaşantıların varlığı:*

1. *Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin düşünceleri, duyguları, duyuları, vücudu ya da eylemleriyle ilgili olarak gerçekdışılık, kendinden kopma ya da dışarıdan bir gözlemciymiş gibi olduğu yaşantıları.*

2. *Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevredekilerle ilgili olarak gerçekdışılık ya da kopukluk yaşantıları.*

B. *Bu kendine yabancılaşma ya da gerçekdışılık yaşantıları sırasında gerçeği değerlendirme bozulmamıştır.*

C. *Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.*

D. *Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.*

E. *Bu bozukluk, şizofreni, panik bozukluğu, yeğin depresyon bozukluğu, akut gerginlik bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu ya da başka bir çözülme bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.*

d) *Tanımlanmış Diğer Bir Çözülme Bozukluğu*

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, çözülme bozukluklarının belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların çözülme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.

e) Tanımlanmamış Çözülme Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, çözülme bozukluklarının belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların çözülme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış diğer çözülme bozuklukları kategorisi, çözülme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır.

2.3. Bağlanma Stilleri

2.3.1. Bağlanma Kuramının Temelleri

Bağlanma kuramının temelleri John Bowlby tarafından atılmıştır. Bowlby, Cambridge Üniversitesi'nden 1928 senesinde mezun olmasının ardından, gelişim psikolojisi alanına yönelmiştir. Bu dönemde Bowlby, sosyal olarak uyumsuz olan çocuklar ile gönüllü faaliyetler yürütmüştür. Bu faaliyetler, Bağlanma Kuramı'nın şekillenmesinde önemli rol oynamıştır. Bilhassa, bu okuldaki iki çocuk, bağlanma kuramı fikrinin ortaya çıkmasında etkilidir. Bu çocuklardan ilki, okuldan hırsızlık yapması sebebiyle kovulan ve eksik bir anne figürüne maruz kalan, sevgisiz ve ilgisiz büyüyen bir öğrencidir. İkinci çocuk ise, Bowlby'nin peşinde, tabiri caizse gölgesi gibi dolaşan ve takip eden, endişeli bir öğrencidir (Ainsworth, 1974; akt. Bretherton, 1992: 759). Yaşadığı bu iki deneyim ile gelişim psikolojisi alanındaki kariyerini çocuk psikiyatristliği ile sürdüren Bowlby, erken dönemde ebeveynler ile geliştirilen ilişkinin kişilik ve psikopatoloji üzerindeki etkisi ile ilgilenmiştir. Psikodinamik bir alt yapı ile yetişen bir hekim olarak Bowlby, çocuk psikiyatristliği alanına giriş yaptığında psikanalizin bu alanda yetersiz çıkarımlar yaptığını tespit etmiştir. Nitekim, 1944 senesinde yazdığı "Kırk Dört Çocuk Hırsız: Kişilikleri ve Yaşamları" makalesinde anne figürünün eksikliğinin çocuğun fiziksel ve psikolojik gelişiminde yarattığı tahribatı göstermiş ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan rapor ile, yaşamın erken dönemlerinde ebeveyn ile kurulan ilişkinin kalitesinin, insanın bütüncül

yaşamındaki önemi tespit edilmiştir (Soysal vd., 2005: 90). Bununla beraber, yayınlanan raporlar ve yazılan makaleler, erken yaşam döneminde anne figürünün olmayışının nasıl ve neden negatif sonuçlara sebebiyet verdiğini açıklayamamaktadır. Bu dönemde cevaplanamayan bu soru, ilerleyen dönemlerde bağlanma kuramının gelişmesi ile cevaplanabilir hale gelecektir. Bunun için Bowlby, tasarımı yaptığı çalışma sonuçları ile bağlanma kuramını geliştirmiştir. Güncel olarak halen, bağlanma kuramı sonucunda ortaya atılan, erken dönemdeki bağlanma stili ve yetişkinlikteki diğerleriyle bağ kurma arasındaki ilişki çalışılmaya devam edilmektedir.

2.3.2. Bağlanma Kuramı Araştırmaları

Bağlanma kuramı araştırmaları incelendiğinde hayvanlar ile yapılan çalışmalar ve insanlar ile yapılan çalışmalar olmak üzere iki ayrı kısma ayrılabilir. İnsan için, bir bebeğin ebeveyni tarafından bakılması sadece bir istek olmaktan ziyade bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanlarda, bir bebeğin bir yaşına kadar kendi başına yürüyememesi ve yaşamını sürdürebilmek için yeterli fiziksel donanıma sahip olmaması, ebeveyn ile bebek arasındaki bağın kurulmasının önemli olduğunu göstermektedir. Buna rağmen, ebeveynin yalnızca fiziksel ihtiyacı karşılamasının yeterli iyilik halini sağlayıp sağlayamadığı tartışma konusu olmuştur. Bu anlamda, erken dönem çalışmalarda insana en yakın varlık olan maymunlar ile araştırma gerçekleştirilmiştir. Bahsi geçen araştırmaların ilklerinden biri olan Harlow'un deneylerinde Rhesus maymunları ile çalışılmıştır. Harlow, laboratuvarında maymunlar için bir ev kurmuştur ve yeni doğan yavru maymunları ebeveynlerinden ayırıp yetiştirmektedir. Bu durum, literatürde "anne yoksunluğu" olarak anılmıştır ve güncel olarak, etik ikilemlerden dolayı gerçekleştirilmemektedir. Bu çalışmada, anne yoksunluğunu deneyimleyen maymunların, yaşamayanlara göre daha izole bir hayata sahip olduğu, sosyalleşmede problemler yaşadığı, öfkeli ve endişeli oldukları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada elde edilen ilginç bir sonuç ise Harlow'un araştırmasını daha ileriye taşımaya neden olmuştur. Buna göre, anne yoksunluğu yaşayan maymunlar, bebek bezlerine aşırı bağımlılık sergilemiştir (Suomi ve Leroy, 1982: 321-323). Bebek bezine olan aşırı bağımlılığın, annenin "huzuru ve rahatlığı" simgelemesi olarak hipotez haline getiren Harlow, annenin, bebeğin yalnızca fiziksel ihtiyaçlarını karşılamadığını, ayrıca psikolojik ihtiyaçları da tatmin ettiğini göstermek için tel anne-kumaş anne deneyini gerçekleştirmiştir. Bu deneyde, yavru maymunlar kumaş veya tel anneye atanmıştır. Yavru maymunların kısa bir müddette kendi annelerini

diğerlerinden ayırt etmesi neticesinde Harlow, asıl deneyine geçmiştir. Asıl deneyde iki koşul bulunmaktadır. Bir koşulda tel annede yiyecek var iken, kumaş annede yiyecek yoktur. İkinci koşulda ise, tel annede yiyecek yok iken, kumaş annede yiyecek vardır. Araştırma bulguları, anne ve yavru maymun arasındaki ilişkinin önemini çığır açıcı bir biçimde göstermiştir. Bu anlamda, yavrular, yiyecek olup olmadığına bakmaksızın kumaş anneyi tercih etmektedir. Araştırmada elde edilen bu bulgu, annenin fiziksel ihtiyaçları karşılamaktan öte bir tatmine karşılık geldiğini, annenin güven, huzur ve rahatlığı sağladığını göstermektedir (Suomi ve Lerow, 1982: 323-325).

Harlow tarafından yapılan ikinci bir araştırmada ise, yavru maymunların korkutucu bir koşul ile uğraşmada annelerine ihtiyaç duydukları görülmüştür. Açık Alan Testi olarak adlandırılan bu deneyde, yavru maymunlar daha önce karşılaşmamış nesnelere bulunduğu bir ortama alınmıştır. Yavrunun, annesi yanındayken önce anneye doğru gittiğini ve ona sarıldığını, fakat bir müddet sonra etrafı keşfe çıktığı görülmüştür. Yavru maymun korku hissettiğinde tekrar anneye doğru gitmiş ve yeniden keşif sürecine girmeden önce annesine sarılmıştır. Bunun tam tersi şekilde ise, annesi olmayan yavru maymunlar, korku hissiyle donakalmış ve parmaklarını emmeye başlamıştır (Harlow, 1958: 679-681)

Güncel olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde, anne ile çocuk arasındaki ilişkinin irdelendiği makalelerin kayda değer bir kısmının bağlanma kuramı temelinde incelendiği tespit edilmektedir (Donley, 1993; akt. Soysal vd., 2005: 91). Yapılan çalışmalar çelişkili bulgular vermesine ve doğru olmayan metodoloji ve yöntemler kullanılmasına karşın, doğum öncesindeki anne-çocuk bağlanmaları da literatürdeki bilgi ağına katkıda bulunmaktadır (Muller, 1992: 5). Gerçekleştirilen çalışmalarda, bağlanma ilişkisinin çocukla anne arasında nasıl kurulduğunun, yaşam standardı ve iyi oluş halinde temel bir gösterge olduğunu göstermektedir. Öyle ki, çalışma bulgularında, güvenli bağlanma stiline sahip olan bireylerin daha yüksek sosyal uyuma sahip olduğu, sosyal destek aramadaki eğilimi artırdığı, daha kaliteli ve tatminkâr ilişkiler kurmada aracı olduğu, akademik başarıyı olumlu yönde etkilediği ve daha yüksek öz saygı ve öz yeterliği sağladığı görülmektedir (Guarnieri vd., 2015: 833). Örneğin, Estrada vd., (1987) tarafından yapılan boylamsal bir araştırmada, anne ile çocuk arasındaki ilişkinin duygusal kalitesinin bilişsel performansı anlamlı bir şekilde etkilediği görülmüştür. Araştırma bulgularına göre, anne ve çocuk arasındaki

bağlanmanın duygusal kalitesi; 4 yaş grubunda zihinsel yetenek, 5-6 yaş grubunda okula hazır bulunuşluk, 6 yaşında zeka düzeyi ve 12 yaşında ise okul başarısı ile önemli ölçüde ilişkilidir. Öyle ki, annenin zekâ seviyesi, gelir durumu ve çocuğun deneyin başındaki bilişsel yeteneği kontrol edildiğinde bile, anne-çocuk bağlanmasının bilişsel yetenek üzerindeki etkisi korunmuştur. Bahsi geçen bulgular, anne-çocuk ilişkisinin çok yönlü olumlu etkilerini göstermesi açısından önemlidir. Yapılan çalışmada çocuğun problem çözmesi konusunda desteklenmesi, çocuğun sosyal yeterliğinin artırılması ve çocuğun keşfetme meylinin desteklenmesi şeklinde olmak üzere üç şekilde anne-çocuk ilişkisinin etkili olduğu belirtilmiştir.

2.3.3. Dört Aşamalı Bağlanma Deneyimi

Bağlanma, bebeğin bakım veren ile kurduğu yüksek hislere dayanmakta olan bir durumdur. Bebek, bakım verenin yanındayken kendini güvende hissetmekte, bakım veren bebekten uzaklaştıkça bebekte anksiyete meydana gelmektedir (Pehlivan Türk, 2004: 57). Doğumun başlangıcından itibaren bebek, ortam ile etkileşim halinde bulunmaktadır. Bebeğin sürekli bir biçimde kendini huzurlu ve güvende hissetmesi için, bu etkileşimin gerçekleşmesi gereklidir. Bu anlamda, bebeğin psikolojik iyi oluşunun sağlanması için bakım verenin bebeğe bakmak istemesi, onunla ilgilenmesi ve onu tehlikeli durumlardan koruması suretiyle bebeğe güvende hissettirmesi gereklidir (Bowlby, 2013: 251).

Bebek ile bakım veren arasındaki bağlanmanın anlaşılabilmesi için, bakım verenin bebeğin yanından ayrılması, bebeğin bu süreci izlemesi, bakım verenin tekrar bebeğin yanına dönmesi ve bebeğin bakım vereni karşılama biçimi incelenmelidir (Bowlby, 2013: 266). Bakım verenin ortamı terk etmesi sonucunda bebek ağlama, bakım verenin ortama yeniden gelmesi ile bebek gülme tepkisi vermektedir. Bu husus, bebeğin içgüdüsel bir biçimde güvenliğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Bağlanma, bebek için bakım veren tarafından tehlikelerden korunma anlamına gelmektedir (Pehlivan Türk, 2004: 57). Bu durumun temel sebebi, tüm canlılardan tehlikelere karşı anksiyete ve stres tepkilerinin oluşmasıdır (Ainsworth vd., 1978: 20). Bakım verenin bu durumdaki önemi ise, bebeğin ihtiyaç duyduğu yakınlığı kurmasıdır. Örneğin, bebeğin gülümsemesine karşılık olarak bakım verenin de gülmesi, bebeğin ağlamasına karşılık olarak ise bakım verenin bebeği motive etmesi ve yatıştırması bakım verenin bağlanma sürecini tamamlamasını sağlamaktadır (Hazan ve Shaver, 1994: 3).

Bowlby, bebeğin bağlanma deneyimini dört aşamada anlatmıştır (Bowlby, 1969: 218-219).

a) Ayrımsız Tepki Aşaması

Ayrımsız tepki aşaması yaklaşık 3 aylık bir zaman dilimini kapsamaktadır. Bu zaman diliminde bebekler, çevresinde bulunan tüm insanlara aynı tepkileri göstermektedir. Dolayısıyla bu dönemde bebeklerin annesi-bakım vereni ile diğer kişiler arasında ayrıma gitmediği görülür. Bununla birlikte, doğumdan sonra bebeklerde insan yüzlerini çevredeki diğer nesnelere tercih etme eğilimi görülmektedir. Ayrıca bu aşamada bebeklerin tepkileri şu şekildedir: ağlama, mimik takip etme, kavramaya çabalama, ulaşmaya çabalama, hareketleri takip etme ve gülümseme. Esasında gülümseme, bakım veren ile bebek arasındaki bağı güçlendiren bir olgu olsa da ilk üç aylık dönemde bebek kişileri ayırmadan gülümsemektedir (Yıldız, 2008: 16). Bu dönemde, bebek bakım veren ile birlikteyken ağlamayı bırakmakta ve hoş tepkiler gösteren bakım veren kişilerle daha fazla vakit geçirmek için çabalamaktadır.

b) Tanıdık Yüzlere ve Sinyallere Yönelme Aşaması

Sinyallere ve tanıdık yüzlere yönelme aşaması üç ila altı ay arasındaki bebekleri kapsar. Bu aşamada bebekler, net bir şekilde bakım veren kişiyi diğer kişilere tercih etmektedir. Bu dönemde bakım veren ile bebek arasındaki bağlanma süreci yoğunlaşmaktadır. Ayrıca bebek, en kuvvetli bağlanma hissini, kendisine ve o anki ihtiyaçlarına daha çabuk yanıt veren ve en sevgi ve ilgi dolu ilişkiyi veren kişiyle kurmaktadır (Sümer ve Güngör, 1999a: 75)

c) Temel yakın figür arama

Temel yakın figür arama aşaması altı ay ila üçüncü yaş arasındaki sürece denk düşmektedir. Bu dönemde bebekler, diğer insanlara yönelik daha ayırt edici bir şekilde yaklaşmaktadır ve bu dönem, bebek için bakım verenin ana figür olduğu dönemdir. Bebek, bakım verenin davranışlarını gözlemler, takip eder, anne ayrıldığında ve geri geldiğinde tepki gösterir. Bahsi geçen bu aşamada bebek, olumlu olumsuz figür ayırımına gitmektedir (Şimşek, 2008: 8).

d) Ortaklık Davranışında Değişim

Ortaklık davranışında değişim aşaması üç yaşından çocukluğun sonuna kadar devam etmektedir. Bu aşamada bebek, annesinin kendisinden farklı bir varlık olduğunu,

kendisinden ayrı bir biçimde hissettiğini ve düşündüğünü anlar ve gittikçe bakım verenin kendisinden uzaklaşmasına izin verir (Sümer ve Güngör, 1999b: 39).

2.3.4. Bağlanma Stilleri

Amerikan gelişim psikoloğu Mary Ainsworth, gerçekleştirdiği araştırmalar neticesinde bağlanmada üç farklı stilin olduğunu bulmuştur. 1954 senesinde Afrika'da gerçekleştirdiği çalışmalarda bağlanma stiline yönelik fikirlerini temellendirme fırsatı bulmuştur. Bu bağlamda, bebeklerin, bakım veren ortamı terk ettiğinde ve geri geldiğinde gösterdiği tepkiler arasında önemli farklılıklar bulunduğunu gören Ainsworth, fikirlerini üç farklı bağlanma stili altında toparlamıştır. Ayrıca Ainsworth, raporunda üç temele vurgu yapmıştır:

- Emziren anneler ile bebekleri arasında bağlanma profilinin daha güvenli olduğu görülmektedir.
- Annenin verdiği bakımın oranı arttıkça ve çocuklar annenin bulunduğu yerlerde daha fazla bebekle oldukça, güvenli bağlanma artmaktadır.
- Annelerin endişeleri ve bebeğe karşı olan duyarlılıklarının güvenli bağlanmada ciddi bir etkisi bulunmaktadır. Bu bağlamda, bebeğin his ve ifadelerini anlamaya duyarlı ebeveyn ile çocuğu arasında güvenli bağ oluşmaktadır (IJendoorn ve Bakermans-Kranenburg, 2004; akt. İstanbul Üniversitesi AÖF Ders Materyali, t.y.).

Ainsworth (1978) gerçekleştirdiği deney sonunda üç temel bağlanma stili tanımlamıştır.

a) *Güvenli Bağlanma*

Güvenli bağlanan bebekler anne ortamı terk ettiğinde huzursuz olmasına rağmen, anne geri ortama döndüğünde mutlu olur ve anne ortamda dururken ortamı keşfeder. Bu anlamda, güvenli bağlanma stiline sahip bebekler yakınlığı koruyabilmekte, rahatlık arayışına girmekte ve bakımveren kişi ile birlikleyken güven duymaktadır (Görünmez, 2006: 14).

b) *Kaçınmacı Bağlanma*

Kaçınmacı bağlanan bebekler, bakımverenin odadan ayrılmasından etkilenmez. Ayrıca, bakımveren kişi tekrar ortama geldiğinde hiçbir şey değişmemiş gibi

oyuncaklar ile ilgilenir. Bununla birlikte oyuncaklara olan bu ilgi, güvenli bağlanan bebekler ile karşılaştırıldığında daha az coşkuludur (Görünmez, 2006: 16).

c) *Kaygılı Bağlanma*

Kaygılı bağlanma stiline sahip bebekler kaygılı ve öfkeli bir tutum sergilemektedir. Buna göre, bakımveren kişi ortamı terk ettiğinde odayı keşfetmeyi tamamiyle bırakan bebekler, bakımveren odaya tekrar geldiğinde hem bakımveren ile temasa geçmeyi istemekte hem de uzaklaşmaya çalışmaktadır (Soysal vd., 2005: 94).

Tablo 2.2: Bağlanma Oluşumunda Etkili Süreçler

Çocuğun Kişilik Özellikleri	Aile Sistemi	Sosyo-Kültürel Etmenler
Doğum öncesi ve sonrası koşullar	Anne-babalık rollerinin içselleştirilmesi	Kültürel değerler
Nörolojik ve hormonal işlevler	Anne-babanın çocukluğu, kendi ebeveynleri ile ilişkisi, gelir, eğitim ve mizaçları	Cinsiyet roller
Genetik aktarım	Ebeveynlerin birbiri ile olan ilişkisi	Etnik köken
Mizaç	Ailenin çocuğuna yönelik sorumluluklarını bilme ve uygulama düzeyi	İşsizlik oranı
Bilişsel faaliyetler	Aile büyükleri ve çevrenin desteği	Etkin güç kaynakları (medya, din, teknoloji) ve tarihsel yapı (ekonomi, barış-savaş)

Kaynak: Biller, 1993; akt Soysal vd., 2005

2.4. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin birinci maddesine göre, on sekiz yaş altındaki her kişi çocuk olarak kabul edilmektedir (UNICEF, 2022). Türkiye'de de 1995 senesinde kabul edilen bu sözleşme bağlamında çocuk istismarı ve ihmalinin, bakım veren bir yetişkinin çocuğu hedef alarak gerçekleştirdiği, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etki gösteren ve bilişsel ilerlemesini kısıtlayan eylemlerin tümü olarak kabul edildiği görülmektedir (Resmî Gazete, 1995). Bu anlamda, çocuk, yetişkin bir bakım verenin bu eylemleri sonucunda fizyolojik, ruhsal, zihinsel ve sosyal anlamda bir yıkıma uğramaktadır. Bir eylemin istismar olarak kabul

edilebilmesi için, çocuğun veya yetişkin kişinin istismarın bilincinde olması zorunlu bir husus değildir (İnsan Hakları Derneği, 2008). Bu husus Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ünün tanımında da vurgulanmaktadır. Buna göre DSÖ tarafından çocuk istismarı “çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bir yetişkin, toplum veya ülkesi tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar” olarak tanımlanmıştır. Çocukların bakım veren yetişkinlerin psikolojik ve fiziksel şiddetin her şekliyle korunmaları gerektiği Çocuk Hakları Sözleşmesi bağlamında vurgulanmaktadır (UNICEF, 2010). Çocuk istismarı, doğası gereği sınırlarının çizilmesi oldukça zor bir konudur. Bununla birlikte, çocuk istismarının sınırlarını belirlemek için toplumsal normlar ve bilim insanları tarafından uygunsuz ve/veya zararlı olarak görülen eylemler çocuk istismarı olarak kabul edilmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007: 70).

Yapılan çalışmalar, kadınların yaklaşık olarak %20'sinin ve erkeklerin %5 ila 10'unun çocukluk çağında cinsel istismara; çocukların %25 ila %50'sinin fiziksel istismara maruz kaldığını ve birçoğunun duygusal istismar ve ihmal yaşadığını göstermektedir. Bu bağlamda, küresel olarak çocukluk çağı travması ile yaygın bir biçimde karşılaşmaktadır (DSÖ, 2020). Topluluk örneklerinde, çocukların 2/3'ünden fazlasının on altı yaşına kadar en az bir travmatik olay yaşadığı görülmüştür. Bununla birlikte, çocuk ve genç örneklerindeki travmaya maruz kalma oranları, örneklem türü, bilgi kaynağı ve birçok diğer faktöre göre değişkenlik göstermektedir (APA, 2011). Psikoloji alanında çocukluk çağı travmalarına olan ilgi seneler içerisinde dalgalanma göstermektedir. Bununla birlikte, yetişkin psikopatolojisine yönelik yapılan çalışmalarda giderek artan sayıda sonuç, psikopatoloji geliştirmede çocukluk çağı travmalarının etkisini göstermektedir (Curran ve ark., 2018: 1207; Danese ve Baldwin, 2017: 517; Kong ve Bernstein, 2009:1897). Perry vd., (2004), psikolojik travmayı iki temel kategoriye ayırmıştır. Buna göre ilk kategori, fiziksel, cinsel veya daimi bir biçimde gerçekleşen sözlü tacizi içermektedir ve bu büyük travma “ağır psikolojik travma” olarak kavramsallaştırılmıştır. İkinci kategori ise, bakım veren yetişkinin neden olduğu utanç, suçluluk gibi duygular ve bakım veren yoksunluğu gibi görece öznel kötü deneyimlerin kavramsallaştırıldığı “öznel ve göze çarpmayan travmalar”dır. Bu iki travma türünde de, çocuğun deneyiminin yıkıcı ve tehdit edici olduğu görülmektedir. Çocuk, bahsi geçen bu travmatik durumlar karşısında rahatsız hisseder ve etkin bir savunma mekanizması geliştirmekte zorluk çeker. Çocukluk çağı travması ayrıca kompleks travma olarak da ifade edilmektedir ve değişik travma

çeşitlerine, uzun süre ve çocuklu travmatik durumlara maruz kalmayı ifade etmektedir. Gerçekleştirilen çalışmalar, çocuk ve ergenlerin birden çok travmatik deneyimi yaşamalarının yaygın bir biçimde görüldüğünü göstermektedir (APA, 2011). Bununla birlikte çocukluk döneminde görülen istismar ve ihmal, çocukluk çağı travmalarının temel türleri olarak görülmektedir (NCTSN, 2022).

2.4.1. Travma Türleri

a) Fiziksel istismar

Fiziksel istismar, çocuğun bakım veren yetişkin tarafından, sağlığını olumsuz yönde etkileyecek şekilde fiziksel olarak hasar görmesini, yaralanmasını veya yaralanma riskine maruz bırakılmasını ifade etmektedir (Pelendecioğlu ve Bulut, 2016: 51). Bir diğer deyişle fiziksel istismar, yetişkin bakım verenin kaza dışı bir biçimde çocuğun yaralanmasına sebep olmasıdır. Fiziksel istismar ile toplumsal norm kabulleri arasındaki sınırın belirlenmesi oldukça zordur. Bu durumun temel sebebi, bakım verenin, çocuğu disiplin altına almak için fiziksel müdahaleyi kullanması ve bunun toplumsal olarak bir anlamda kabul edilebilir olmasıdır. Bununla birlikte, çoğu çocuk, toplumsal sınırlar içerisinde de istismar olarak kabul edilebilecek düzeyde fiziksel acıya maruz bırakılmaktadır (Malinosky-Rummell ve Hansen, 1993: 68). Fiziksel istismar, genellikle tek başına görülmemektedir. Bu bağlamda, fiziksel istismara psikolojik istismarın da eşlik etme olasılığı yüksektir. Fiziksel olarak bir çocuğu istismar eden bakım veren, çocuğun bu fiziksel acıyı hak ettiği şeklindeki yönlendirmesi nedeniyle psikolojik istismarı da sürece dahil etmektedir. Bakım verenin yaptığı bu yönlendirme, çocukta utanç, suçluluk ve sorumluluk hissin yaratmaktadır (İHD, 2008). Yapılan çalışmalar çocuklukta fiziksel istismara maruz kalan bireylerin uzun vadeli bir biçimde bu durumdan etkilendiğini göstermektedir. Örneğin, Malinosky-Rummell ve Hansen (1993) tarafından yapılan bir çalışma, fiziksel istismarı inceleyen araştırmaları ele almış ve çocukluk döneminde fiziksel istismar deneyimi bulunan bireylerin, çocuklukta fiziksel istismar deneyimi olmayan bireylere göre şiddet içeren eylemlerde bulunma olasılığının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu şiddet içeren eylemler, eş istismarı, çocuk istismarı, şiddet içeren suçlar ve flört şiddeti gibi çok çeşitli şekillerde görülebilmektedir. Yanı sıra, çocuklukta maruz kalınan fiziksel istismar, intihar girişimi, psikosomatik belirtiler, anksiyete, depresyon ve psikoz gibi psikolojik bozukluklarla da ilişkili bulunmuştur (Wekerle ve ark., 2006: 34).

b) Cinsel istismar

Cinsel istismar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “çocuğun gelişimsel açıdan hazır olmadığı, rızaya dayanmayan, toplumsal normları ve yasaları ihmal eden cinsel aktiviteye dahil edilmesi” olarak ifade edilmektedir. Literatürde bulunan bir diğer tanımda ise cinsel istismar, “bir çocuk bir yetişkin veya ergen tarafından cinsel amaçlarla kullanıldığında meydana gelmekte ve genellikle bir çocuk ile en az 5 yaş büyük biri veya bir ergen ile en az 10 yaş büyük biri arasındaki herhangi bir cinsel deneyim” olarak tanımlanmaktadır (Wekerle vd., 2006: 11). Bu bağlamda, cinsel istismara ilişkin tanımlarda genellikle bir yetişkin ile bir çocuk arasındaki ilişkiye vurgu yapılırsa da yaş farkının da önemli olduğu görülmektedir. Çocuk ile yetişkin arasındaki yaş farkının en az beş yıl olması ve çocuğun tehdit veya zorlama ile haznesi olarak kullanılması da cinsel istismar olarak kabul edilmektedir (Alpaslan, 2014: 194). Farklı toplumlarda farklılaşan toplumsal normlar ve kültürel olarak kabul edilebilir düzlemler değişiklik göstermektedir. Bu nedenle cinsel istismarda yaş farkına yönelik ortak bir görüşün ifade edilmesi zorlaşmaktadır. Bununla birlikte, genel anlamıyla cinsel istismar, yaş farkının yüksek olduğu, çocuğun üzerinde bir otorite figürü olan biri tarafından gerçekleştirildiği ve çocuk üzerinde zorlama/tehdit/ikna yöntemleri uygulandığında gerçekleşmektedir (Finkelhor, 1984: 101).

Cinsel istismarda vurgulanan “rıza” ifadesi, sadece çocukları değil, çeşitli nedenlerle rıza verme yetkisi bulunmayan kişilerde de görülmektedir. Bu gruplar arasında fiziksel veya zihinsel engel, bilinçlilik durumu, yaş, kişinin kendini veya diğerini tehdit altında hissetmesi gibi durumlar sayılabilir. Bu sebeple, cinsel istismarda rızanın geçerli olabilmesi için reşit olunması zorunlu olduğundan, yetişkin bir kişi ile on sekiz yaşının altındaki çocuklar arasındaki ilişkilerin tamamı cinsel istismardır (Murray vd., 2014: 321). Yapılan çalışmalarda, çocukluk çağı cinsel istismarı, depresyon, suçluluk, utanç, kendini suçlama, yeme bozuklukları, bedensel kaygılar, kaygı, çözülme kalıpları, bastırma, inkâr, cinsel sorunlar, ilişki sorunları ve travma gibi daha yüksek düzeylerle ilişkilendirilmiştir. Çocuğa yönelik cinsel istismarın psikolojik etkileri, genellikle çocuğun istismar sırasında yaşadığı travmanın özel boyutundan bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır (Sinanan, 2015: 1).

c) *Duygusal istismar*

Duygusal istismar, çocuğun benlik duygusuna yönelik bir saldırıyı içermekte ve ebeveynin veya bakımveren yetişkinin ciddi davranışsal, bilişsel, duygusal veya zihinsel bozukluklara neden olan veya neden olabilecek eylemlerini veya ihmallerini ifade etmektedir (Wekerle vd., 2006: 11). Bir diğer tanımda ise duygusal istismar, “çocuğu suçlamak, reddetmek, küçümsemek, daimi bir biçimde kardeşlere eşitsiz bir biçimde davranmak ve çocuğu kasıtlı ve zor kullanarak güven hissinden ve şefkatten mahrum bırakmak” olarak tanımlanmaktadır (Veltkamp ve Miller, 1994: 167). Duygusal istismarın tespit edilmesi diğer istismar türlerine göre daha zordur. Bu durumun temel sebebi, fiziksel istismarda olduğu gibi somut bir çıktısının olmamasıdır. Bununla birlikte, duygusal istismar sonucu görülebilecek; konuşma sorunları, gelişimin normal seyrinden sapmalar gibi sorunlar neticesinde duygusal istismar tespiti yapılabilir. Duygusal istismar kronik bir şekilde görüldüğünden duygu düzenleme yetilerinde noksanlığa sebep olabilmektedir (Burns ve ark., 2010: 801).

Ayrıca duygusal istismar, diğer istismar çeşitlerine göre somut bir gösterge içermediğinden dolayı ortak olarak kabul edilen bir tanımının yapılması, tespit edilmesi ve yasal olarak müdahale edilmesi daha zor olmaktadır. Fakat duygusal istismar, bahsi geçen diğer istismar türlerini de içerebilmektedir, örneğin fiziksel ve cinsel istismara maruz bırakılan bir çocuk, aynı anda duygusal istismara da maruz bırakılabilmektedir (Uzun, 2002: 33). Yapılan çalışmalar, fiziksel istismara maruz kalan çocukların %90 gibi çok ciddi bir oranının aynı zamanda duygusal istismara da maruz bırakıldığını göstermektedir (Claussen ve Crittenden, 1991: 9). Dünya Sağlık Örgütü (2014)'ün yayınladığı bir raporda en sık karşılaşılan istismar türünün duygusal istismar olduğu görülmüştür. Çocukluk döneminde duygusal istismara maruz kalmak, çocuğun kişilik gelişimini yıkıma uğratmakta ve benlik saygısına zarar vermektedir. Çocukluk döneminde görülen olumsuz duygusal deneyimler, yetişkinlik dönemindeki psikopatoloji ile de ilişkili olmaktadır (Aktay, 2020: 174).

d) *İhmal*

İhmal üzerine yapılan çalışmalar, ihmalin tanımı hususunda tartışmaların olduğunu göstermektedir. Bazı bilim insanları bir durumu ihmal olarak kavramsallaştırmak için deneyimin neticelerinin veya hasarının gözlemlenebilir çıktılarının olması gerektiğini söylemektedir. Diğer bilim insanları ise, bir durumu ihmal olarak tanımlarken bakımverenin niyetinin önemli olduğunu vurgulamaktadır. İhmalin

kavramsallaştırılmasına yönelik bir diğer görüş ise, örnek vermek gerekirse, ebeveynleri tarafından uzun müddet gözetimsiz bırakılan çocukların, çocuğun mağduriyeti hesap dışında bırakılarak ihmal olarak tanımlanması gerektiğidir. Dünya Sağlık Örgütü (1999) tarafından yapılan ihmal tanımına göre ihmal, “Ebeveyn veya bakım veren kişinin çocuğun eğitim, sağlık, barınma, beslenme ve güvenli ortamın sağlanması gibi temel ihtiyaçlarını sağlamaması”dır (Aktay, 2020: 175).

İhmalin nasıl tanımlanması gerektiğinde kültürel hususların da etkisi bulunmaktadır (Tanner ve Turney, 2003: 26). Bu bakış açısına göre, ihmal eden eylemin kültürel ve toplumsal normlardan etkilendiği ve bu nedenle toplumdan topluma göre değiştiği, aynı zamanda da zaman içerisinde aynı toplumda da değişkenlik gösterdiği ifade edilmektedir (Straus ve Kantor, 2005: 20).

İhmal, fiziksel ve duygusal ihmal olmak üzere iki temel başlığa ayrılmaktadır. Duygusal ihmal, çocuğun yakın ilgi ve sevgi ilişkisinden yoksun olması iken; fiziksel ihmal çocuğun somut gereksinimlerinin karşılanmaması söz konusudur. Duygusal ihmale maruz kalan çocuklar, ebeveynleri tarafından gereken yakınlığı, ilgiyi göremez; ebeveynleri çocuğa yaşamda gereken rehberliği yapmaz, eğitimine ve diğer gereksinimlerine önem vermez ve başarılarını kutlamaz. Duygusal ihmalde, çocuk için ebeveyn ulaşılmazdır (Kepenççi, 2001: 9). Ebeveynlerin ihmal ettiği çocuklarda, sıklıkla rahatsızlanma, yaralanma, hastalıkların görmezden gelinmesi neticesinde yetersiz tedavi görmesi problemleri ile karşılaşmaktadır. Öyle ki, çalışmalar, bir yıl içerisinde çocuk ölümlerinin yarısının ihmalden dolayı görüldüğünü göstermektedir (Dubowitz ve ark., 2000: 111).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Bu bölümde, araştırmanın modeli, evren ve örnekleme dair bilgiler, araştırmanın gerçekleştirilme sürecinde kullanılan ölçeklere ait bilgiler, verilerin toplanma aşaması ve verilerin analizi hakkında bilgiler yer almaktadır.

3.1.Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada alkol kullanım bozukluğu ile dissosiyatif yaşantılar, bağlanma stilleri, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının ilişkisinin incelenmesi için ilişkisel model kullanılmıştır. İlişkisel tarama modelinde, iki veyahut daha çok sayıdaki değişken arasındaki birlikte değişimin var olup olmadığı ele alınmaktadır. Bu tarama modelinde ana amaç, değişkenlerin beraber değişip değişmediği; birlikte değişim söz konusu ise bu durumun ne şekilde olduğunun belirlenmesidir (Bahtiyar ve Can, 2017: 50). Araştırmanın bağımlı değişkenini alkol kullanım bozukluğu, bağımsız değişkenini ise dissosiyatif yaşantılar, bağlanma stilleri ve çocukluk çağı olumsuz yaşantıları oluşturmaktadır. Dolayısıyla bu modelde, değişkenlerin birbiri arasındaki ilişkinin dissosiyatif yaşantılar, bağlanma stilleri ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının alkol kullanım bozukluğu üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

3.2.Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini yatarak veya ayaktan tedavi gören alkol kullanım bozukluğu tanısı alan kişiler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise BRSHH Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde tedavi gören alkol kullanım bozukluğu tanısı alan kişiler oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu kısımda çalışmada verilerin toplanması aşamasında kullanılan ölçekler hakkında bilgi verilecektir.

3.3.1.Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur ve form aracılığıyla; yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, ekonomik durum gibi değişkenlere ait veriler elde edilmiştir.

3.3.2. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği

Bireylerin on sekiz yaşından önce deneyimlediği fiziksel, cinsel, duygusal istismar, ihmal, şiddet, aile içi boşanma, kötüye kullanılma gibi hususları sorgulamak amacıyla

Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçek Permanente (1997) tarafından geliştirilmiştir ve on maddeden oluşmaktadır (akt. Felitti ve arkadaşları, 1998). Evet-hayır şeklinde ikili yanıt içeren bir öz bildirim ölçeğidir. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği'nden elde edilebilecek toplam puan 0-10 arasında değişmektedir ve kesme değeri yoktur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Gündüz ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir ve yapılan analiz sonucunda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.74 olarak tespit edilmiştir (Gündüz vd., 2018: 68).

3.3.3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Dissosiyatif yaşantılar ölçeği, dissosiyatif yaşantı düzeyini belirlemek amacıyla Bernstein ve Putnam (1986) tarafından geliştirilen 28 maddelik bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar, Kundakçı ve Kızıltan (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçek 11'li Likert tipidir ve testi yanıtlayanlar maddeleri %0 ile %100 arasında değerlendirmektedir. Dissosiyatif yaşantı puanı tüm maddelere verilen ortalama alınarak belirlenmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.97; test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.77 bulunmuştur. Kesme noktası 30 olarak belirlenmiştir.

3.3.4. Michigan Alkol Tarama Testi

Ölçeğin Orijinal İsmi “Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)”tır (Aydemir ve Köroğlu, 2006; akt. Chasan, 2010). Gibbs (1983) tarafından oluşturulan bu ölçme aracı kişinin alkol sorunu yaşayıp yaşamadığını eğer yaşıyor ise sorunun düzeyinin tespit edilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Ölçekten alınan daha yüksek puanlar alkole ilişkin yaşanan sorunların daha fazla olduğunu ve bağımlılık düzeyinde daha fazla belirginleşmeyi işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe psikometrik verileri Coşkunol ve arkadaşları (1995) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek toplam 25 sorudan oluşmaktadır ve sorulara verilecek yanıtlar “Evet”-“Hayır” şeklindedir.

Michigan Alkol Tarama Testi'nin klasik puanlanması; 5 puan ve üzerinde yer alan kişiler “alkolik”, 4 puan “olası alkolizm”, 3 puan ve altındaki puanlar ise kişinin alkolik olmadığını işaret etmektedir.

Ancak kesme noktası 5 puan olarak alındığında, alkol bağımlısı olmayan bireylerin de alkol bağımlısı tanısı almasının yüksek olasılık olduğunun tespit edilmesi ile kesme noktasının 6 veya 7 puana çıkarılmasının uygun olacağı vurgulanmıştır (Chasan,

2010). Coşkunol ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan başka bir araştırmada ise kesme noktasının 5-9 arasında alındığında testin alkol bağımlılığı olan ve olmayan kişileri en doğru biçimde ayırdığı görülmüştür (Coşkunol ve ark., 1995).

3.3.5. Belirti Tarama Listesi (SCL-90)

Belirti tarama testi Derogotis (1977) tarafından psikolojik belirtileri ölçebilmek amacıyla geliştirilmiştir (akt. Dağ, 1991: 6). Ölçek 90 maddeden oluşmaktadır ve 5'li Likert tipi bir ölçektir. Depresyon, kaygı, hostilite, fobik anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, somatizasyon, paranoid belirtiler, psikotizm ve ek maddeler olmak üzere on altı boyutu vardır. Ölçeğin genelinden alınan puanlar genel belirti düzeyinin tespit edilmesini sağlamaktadır. Dağ (1991) tarafından Türkçe'ye uyarlama çalışmaları yapılan ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu görülmüştür. Ölçeğin geneli için hesaplanan Cronbach alfa değeri ise .97 olarak bulunmuştur. Kılıç (1991) tarafından yapılan bir başka geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ise güvenilirlik katsayılarının alt boyutlara göre .63 ile .84 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Geçerlik çalışmalarında ise MMPI envanteri kullanılmış ve .50 ile .59 arasında değişen korelasyon katsayılarına ulaşılmıştır.

Psikolojik belirti tarama listesi bulgularına bakıldığında üç genel puan hesaplanabilir. Bunlar; genel belirti düzeyi, pozitif belirti toplamı ve pozitif belirti düzeyidir (Yeşilyaprak, 2001). Genel Belirti Düzeyi tüm ölçeğin genel değerlendirmesini içeren maddeleri kapsamaktadır. 90 maddeye verilen cevapların toplam puanının madde sayısına bölünmesi genel şiddet puanını (GSI; Genel belirti düzeyi) ifade etmektedir (Şeneldir, 2009).

3.3.6. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri– II

Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-II Fraley vd., (2000) tarafından geliştirilmiştir. Anket, bağlanmada kaçınma ve kaygıyı gösteren iki faktörlü yapıya sahiptir. Ölçeğin Türkçe'ye geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Selçuk vd., (2005) tarafından yapılmıştır. Bulgular, iç tutarlılığın yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Cronbach alfa değerleri kaçınma ve kaygı boyutları için sırasıyla .90 ve .86 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test çalışmasında ise kaygı boyutu .82, kaçınma boyutu .81 oranında güvenilir bulunmuştur (Selçuk vd., 2005: 8). Ölçek toplam 36 maddedir ve 18 madde kaçınmacı bağlanma, 18 madde ise kaygılı bağlanma boyutunu ölçmektedir. Kaçınmacı bağlanma boyutunun hesaplanması için çift maddelerin ortalaması alınırken, kaygılı

bağlanma boyutu hesaplanırken tek maddelerin ortalaması alınır. Ankette ters kodlanan maddeler bulunmaktadır. Bunlar: 4, 8, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 30, 32, 34, 36. maddelerdir. Anket 7’li Likert tipidir.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler yukarıda ifade edilen veri toplama araçlarının katılımcılara fiziksel olarak ulaştırılması ve toplanması ile elde edilmiştir. Demografik özelliklere yönelik veri toplamak için Kişisel Bilgi Formu, diğer değişkenlere yönelik verileri toplamak için ise Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Michigan Alkol Tarama Testi ve Belirti Tarama Testi (SCL-90), BRSHH Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde tedavi gören alkol kullanım bozukluğu tanısı alan kişilere uygulanmıştır. Verilerin toplanması aşamasında, anketler dağıtılmadan önce gereken açıklamalar ön bilgi olarak yazılmıştır. Veriler, 2022 yılı Aralık ayında toplanmıştır. Katılımcılardan edinilen verilerin analizi, SPSS 25 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

3.5. Verilerin Çözümlemesi

Araştırmanın alt problemleri dikkate alınarak farklı analizler gerçekleştirilmiştir. Demografik değişkenler ve ölçeklere verilen yanıtların dağılımı için betimsel analiz yapılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin analiz edilmesi için korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Ölçeklerin, demografik değişkenlere göre nasıl farklılaştığını analiz etmek için, grup değişkeni sayısına göre bağımsız örneklem t-testi ve ANOVA analizi yapılmıştır. Son olarak, dissosiyatif yaşantılar, bağlanma stilleri ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının alkol kullanım bozukluğunu yordayıp yordamadığını tespit etmek için regresyon analizi gerçekleştirilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Betimsel istatistikler

Tablo 4.1: Demografik Verilere Yönelik Betimsel Analiz

Değişken	Gruplar	N	%
Cinsiyet	Kadın	16	20
	Erkek	64	80
Yaş	21-35	16	20
	36-50	40	50
	51-75	24	30
Eğitim Durumu	İlkokul	12	15
	Ortaokul	25	31.3
	Lise	29	36.3
	Lisans	10	12.5
	Y.Lisans/Doktora	4	5.0
Ekonomik Durum	Düşük	20	25
	Orta	38	47.5
	Yüksek	22	27.5

Yapılan betimsel analiz sonucunda katılımcıların %20'sinin (n=16) kadın, %80'nin (n=64) erkek olduğu; katılımcıların %20'sinin (n=16) 21-35, %50'sinin (n=40) 36-50 %30'unun (n=24) ise 51-75 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumuna göre yapılan analiz sonucunda katılımcıların %15'inin (n=12) ilkokul mezunu, %31.3'ünün (n=25) ortaokul mezunu, %36.3'ünün (n=29) lise mezunu, %12.5'inin (n=10) lisans mezunu ve %5.0'inin (n=4) yüksek lisans/doktora mezunu olduğu görülmüştür. Ekonomik duruma bakıldığında, katılımcıların %25'inin (n=20) düşük, %47,5'inin (n=38) orta ve %27.5'inin (n=22) yüksek ekonomik duruma sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2: Ölçek Verilerine Yönelik Betimsel Analiz

Ölçekler	Min	Max	Ortalama	Ss	Çarpıklık	Basıklık
Belirti Tarama Listesi (SCL-90)	.06	3.59	1.23	.749	.906	.612
Kaçınmacı Bağlanma	1.11	5.83	3.11	1.070	.538	-.270
Kaygılı Bağlanma	1.33	6.39	3.74	1.251	.380	-.816
Michigan Alkol Tarama Testi	8.00	41.00	25.01	7.928	-.070	-.683
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	.00	58.93	17.58	13.446	1.262	1.250
Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği	.00	10.00	3.387	2.602	.383	-.616

Tablo 9’da ölçek verilerine yönelik en küçük ve en büyük değerler, çarpıklık ve basıklık değerleri, ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Belirti Tarama Listesi (SCL-90)’a yönelik yapılan analiz sonucunda min-max aralığı .06-3.59 arasında, çarpıklık=.906 ve basıklık=.612; ortalama=1.23 ve standart sapma= .749 olarak bulunmuştur. Bağlanma stillerinden kaçınmacı bağlanmaya yönelik yapılan analiz sonucunda min-max aralığı 1.11-5.83 arasında, çarpıklık= .538 ve basıklık=-.270 olarak; ortalama=3.11 ve standart sapma= 1,07 olarak bulunmuştur. Kaygılı bağlanmaya yönelik yapılan analiz sonucunda min-max aralığı 1.33-6.39 arasında, çarpıklık=.380 ve basıklık=-.816 olarak ortalama=3,74 ve standart sapma= 1.251 olarak bulunmuştur. Michigan Alkol Tarama Testi’ne yönelik yapılan analiz sonucunda min-max aralığı 8-41 arasında, çarpıklık=-.070 ve basıklık=-.683 olarak ortalama=25.01 ve standart sapma= 7.928 olarak bulunmuştur. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği’ne yönelik yapılan analiz sonucunda min-max aralığı 0-58.93 arasında, çarpıklık=1.262 ve basıklık=1.250 olarak ortalama=17.58 ve standart sapma= 13.446 olarak bulunmuştur. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği’ne yönelik yapılan analiz sonucunda min-max aralığı 0-10 arasında, çarpıklık=.383 ve basıklık=-.616 olarak ortalama=3.387 ve standart sapma= 2.602 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3: Ölçeklere Yönelik Güvenirlik Analizleri

Ölçekler	N	Cronbach's Alpha
Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği	10	.770
Michigan Alkol Tarama Testi	24	.713
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	28	.935
Belirti Tarama Listesi (SCL-90)	90	.980
Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri - II	36	.901

Tablo 10'da Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği, Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Belirti Tarama Listesi (SCL-90) ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri- II'ye yönelik Cronbach's Alfa güvenirlilik analizi sonuçları yer almaktadır. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği'ne yönelik alfa katsayısı .770 olarak bulunmuştur. Michigan Alkol Tarama Testine yönelik alfa katsayısı .713 olarak bulunmuştur. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğine yönelik alfa katsayısı .935 bulunmuştur. Belirti Tarama Listesi (SCL-90)'a yönelik alfa katsayısı .980 olarak bulunmuştur. Son olarak, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri- II'ye yönelik alfa değeri .901 olarak tespit edilmiştir. Bulgular, ölçeklerin yeterli güvenilir sınırlar içerisinde olduğunu göstermektedir.

4.2. Korelasyon Çözümlemesi

Tablo 4.4: Belirti Tarama Listesi (SCL-90) ile Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II, Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğine İlişkin Korelasyon Bulguları

		Kaçınmacı Bağlanma	Kaygılı Bağlanma	Alkolle İlişkili Sorunlar	Dissosiyatif Yaşantılar	Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları
Genel	<i>r</i>	.216	.293	.384	.700	.152
Psikolojik Belirti Düzeyi	<i>p</i>	.111	.028**	.005**	.000**	.250

Genel psikolojik belirti düzeyi ile bağlanma stilleri, alkolle ilişkili sorunlar, dissosiyatif yaşantılar ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarına ilişkin korelasyon analizi sonucunda; genel psikolojik belirti düzeyi ile kaçınmacı bağlanma arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=.216$, $p>.05$). Genel psikolojik belirti düzeyi ile kaygılı bağlanma arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=.293$, $p<.05$). Genel psikolojik belirti düzeyi ile alkolle ilişkili sorunlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=.384$, $p<.05$). Genel psikolojik belirti düzeyi ile dissosiyatif belirtiler arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=.700$, $p<.05$). Son olarak; genel psikolojik belirti düzeyi ile çocukluk çağı olumsuz yaşantıları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($r=.152$, $p>.05$).

Tablo 4.5: Belirti Tarama Listesi (SCL-90) Alt Boyutları ile Michigan Alkol Tarama Testine Yönelik Korelasyon Bulguları

		Kaygı	Öfke ve Düşmanlık	Psikotizm	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon
Alkolle İlişkili Sorunlar	<i>r</i>	.263	.334	.256	.328	.295
	<i>p</i>	.036**	.005**	.037**	.008**	.017**

		Obsesif Kompulsif	Somatizasyon	Paranoid	Fobik Anksiyete	Ek Belirtiler
Alkolle İlişkili Sorunlar	<i>r</i>	.230	.230	.114	.119	.143
	<i>p</i>	.068	.063	.361	.336	.253

Belirti Tarama Listesi (SCL-90) alt boyutları ile alkolle ilişkili sorunların ilişkisinin incelendiği korelasyon analizine ait bulgulara göre, alkolle ilişkili sorunlar ile kaygı alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu ($r=.263, p<.05$); öfke ve düşmanlık alt boyutu ile pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu ($r=.334, p<.05$); psikotizm alt boyutu ile pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu ($r=.256, p<.05$), kişiler arası duyarlılık ile pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu ($r=.328, p<.05$) depresyon alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, Belirti Tarama Listesi (SCL-90) alt boyutlarından obsesif kompulsif ($r=.230, p>.05$), somatizasyon ($r=.230, p>.05$), paranoid ($r=.114, p>.05$), fobik anksiyete ($r=.119, p>.05$) ve ek belirtiler ($r=.143, p>.05$), ile alkolle ilişkili sorunlar arasında anlamlı şekilde ilişkili bulunamamıştır.

Tablo 4.6: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II, Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğine İlişkin Korelasyon Bulguları

		Kaygılı Bağlanma	Alkolle İlişkili Sorunlar	Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları	Dissosiyatif Yaşantılar
Kaçınmacı	<i>r</i>	.370	.217	.182	.298
Bağlanma	<i>p</i>	.001**	.084	.121	.013**

Kaçınmacı Bağlanma ile Kaygılı Bağlanma, Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğine ilişkin korelasyon analizi sonucunda; kaçınmacı bağlanma ile kaygılı bağlanma arasında anlamlı ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($r=.370, p<.05$). Kaçınmacı bağlanma ile dissosiyatif yaşantılar arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=.298, p<.05$). Bununla birlikte, kaçınmacı bağlanma ile alkolle ilişkili sorunlar arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($r=.217, p>.05$). Kaçınmacı bağlanma ile çocukluk çağı olumsuz yaşantıları arasında ise anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($r=.182, p>.05$).

Tablo 4.7: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri - II ile Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğine İlişkin Korelasyon Bulguları

		Alkolle İlişkili Sorunlar	Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları	Dissosiyatif Yaşantılar
Kaygılı	<i>r</i>	.236	.369	.267
Bağlanma	<i>p</i>	.059	.001	.027**

Kaygılı Bağlanma ile Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğine ilişkin korelasyon bulguları incelendiğinde, kaygılı bağlanma ile dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=.267, p<.05$). Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile kaygılı bağlanma arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=.369, p<.05$). Bununla birlikte, kaygılı bağlanma ve alkolle ilişkili sorunlar arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($r=.236, p>.05$).

Tablo 4.8: Michigan Alkol Tarama Testi ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğine İlişkin Korelasyon Bulguları

		Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları	Dissosiyatif Yaşantılar
Alkole İlişkili	<i>r</i>	.175	.293
Sorunlar	<i>p</i>	.148	.018**

Michigan Alkol Tarama Testi ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğine ilişkin korelasyon bulguları incelendiğinde, alkole ilişkili sorunlar ile çocukluk çağı olumsuz yaşantıları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($r=.175$, $p>.05$). Alkole ilişkili sorunlar ile dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=.293$, $p<.05$).

Tablo 4.9: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğine İlişkin Korelasyon Bulguları

		Dissosiyatif Yaşantılar
Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları	<i>r</i>	.258
	<i>p</i>	.027**

Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=.258$, $p<.05$).

4.3. Gruplar arası Karşılaştırmalar

Tablo 4.10: Cinsiyete Göre; Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeğine Yönelik T Testi Tablosu

Ölçekler	Gruplar	N	Ort	Ss	T	Sd	p
Genel Psikolojik Belirti Düzeyi	Kadın	13	.9949	.703	-1.313	139.137	.194
	Erkek	46	1.30	.755			
Kaçıncı Bağlanma	Kadın	15	3.56	1.389	1.868	298	.066
	Erkek	59	2.99	.9536			
Kaygılı Bağlanma	Kadın	15	4.3778	1.679	2.253	298	.027**
	Erkek	60	3.5852	1.080			
Alkolle İlişkili Sorunlar	Kadın	13	25.3077	7.075	1.301	298	.198
	Erkek	57	22.0175	8.452			
Dissosiyatif Yaşantılar	Kadın	14	20.3189	11.829	.844	143.517	.402
	Erkek	59	16.9395	13.81			
Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları	Kadın	16	5.2500	2.206	.551	298	.001**
	Erkek	64	2.9219	2.496			

Cinsiyete göre; Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri- II ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği'ne yönelik yapılan bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçları tabloda yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda, kaygılı bağlanmanın cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t=2.253$, $p<.05$). Buna göre, kadınlar kaygılı bağlanmada erkeklerden anlamlı şekilde daha yüksek puan almıştır. Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t=.551$, $p<.05$). Buna göre kadınların çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ölçeğinden aldığı puanların ortalamasının erkeklerin aldığı ortalama puanlardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir. Belirti Tarama Listesi (SCL-90)'dan alınan genel psikolojik belirti düzeyi puanının cinsiyete göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı bulunmuştur ($t = -1.313$, $p>.05$). Kaçıncı

bağlanmanın cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmektedir ($t= 1.868$, $p>.05$). Alkolle ilişkili sorunların düzeyinin cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmektedir ($t=1.301$, $p>.05$). Dissosiyatif yaşantıların da cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmektedir ($t=.551$, $p>.05$)

Tablo 4.11: Yaşa göre; Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri - II ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeğine Yönelik ANOVA Tablosu

Ölçekler	Gruplar	N	Ort	Ss	Var. K.	KT	KO	F	p
Genel Psikolojik Belirti Düzeyi	21-35	13	1.0735	.73511	G.	1.171	.586	1.044	.359
	36-50	29	1.3770	.76227	Arası G. İçi	31.417	.561		
	51-75	17	1.1144	.73581	Toplam	32.588			
Kaçınmacı Bağlanma	21-35	59	1.2345	.74957	G.	1.765	.883	.765	.469
	36-50	15	2.9444	.91889	Arası G. İçi	81.886	1.153		
	51-75	37	3.0450	1.10289	Toplam	83.651			
Kaygılı Bağlanma	21-35	22	3.3434	1.11858	G.	6.490	3.245	2.135	.126
	36-50	74	3.1134	1.07047	Arası G. İçi	109.448	1.520		
	51-75	15	4.3037	1.41979	Toplam	115.938			
Alkolle İlişkili Sorunlar	21-35	37	3.6832	1.22144	G.	151.243	75.621	1.110	.336
	36-50	23	3.4758	1.11839	Arası G. İçi	4565.100	68.136		
	51-75	75	3.7437	1.25169	Toplam	4716.343			
Dissosiyatif Yaşantılar	21-35	15	21.4000	6.87438	G.	623.205	311.603	1.760	.180
	36-50	33	24.1818	8.73017	Arası G. İçi	12395.611	177.080		
	51-75	22	21.1364	8.35119	Toplam	13018.816			
Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları	21-35	70	22.6286	8.26757	G.	45.817	22.908		.032**
	36-50	16	18.1696	12.94275	Arası G. İçi	489.171	6.353	1.044	
	51-75	36	19.9355	14.37689	Toplam	534.988			

Yaşa göre; Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri- II ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği'nden alınan puanların anlamlı şekilde farklılaşp farklılaşmadığını analiz etmek amacıyla yapılan ANOVA analizi sonuçları tabloda yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının yaşa göre anlamlı şekilde farklılaştığı görülmektedir ($F=1.044$, $p<.05$). Bununla birlikte,

psikolojik belirtilerin ($F=1.044$, $p>.05$), kaçınmacı bağlanmanın ($F=.765$, $p>.05$), kaygılı bağlanmanın ($F=.2.135$, $p>.05$), dissosiyatif yaşantıların ($F=1.760$, $p>.05$), ve alkolle ilişkili sorunların ($F=1.110$, $p>.05$) yaşa göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.12: Yaşa Göre Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeğine Yönelik Post-Hoc Tukey Analizi

	Bölüm (i)	Bölüm (j)	M.D (I-J)	Std. Error	Sig.
Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları	21-35	51-70	2,020	.318	.040

Yapılan ön testler sonucunda çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının yaşa göre farklılaştığı bulunmuştur. Hangi yaş grupları arasında anlamlı farklılığın olduğunun tespit edilmesi için yapılan post-hoc analizlerde, 21-35 ve 51-70 yaş grupları arasında çocukluk çağı olumsuz yaşantıları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Buna göre, 21-35 yaş grubu, 51-70 yaş grubuna göre, anlamlı derecede daha yüksek puanlar almıştır.

Tablo 4.13: Eğitim Durumuna Göre; Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri - II ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeğine Yönelik ANOVA Tablosu

Ölçekler	Gruplar	N	Ort	SS	Var. K.	KT	KO	F	p
Genel Psikolojik Belirti Düzeyi	İlkokul	8	1.2542	.59804	G. Arası	2.654	.663	1.197	.323
	Ortaokul	18	1.4698	.92574					
	Lise	20	1.1683	.74900	G. İçi	29.934	.554		
	Lisans	9	1.1679	.49741					
	Y.Lisans/Doktora	4	.6167	.27285					
Kaçınmacı Bağlanma	İlkokul	11	2.8434	2.8434	G. Arası	6.938	1.734	1.560	.195
	Ortaokul	23	3.5411	3.5411					
	Lise	26	2.8483	2.8483	G. İçi	76.713	1.112		
	Lisans	10	3.0611	3.0611					

	Y.Lisans/Doktora	4	3.2500	3.2500					
Kaygılı Bağlanma	İlkokul	12	3.9398	1.217	G. Arası	3.760	.940		
	Ortaokul	23	3.9638	1.259					
	Lise	26	3.5876	1.260	G. İçi	112.178	1.603	.587	.673
	Lisans	10	3.6500	1.350	Toplam	115.938			
	Y.Lisans/Doktora	4	3.1389	1.270					
Alkolle İlişkili Sorunlar	İlkokul	10	20.8000	8.804	G. Arası	396.895	99.224		
	Ortaokul	21	24.0952	6.825			66.453	1.493	.215
	Lise	26	24.1923	9.121	G. İçi	4319.448			
	Lisans	9	19.6667	8.246	Toplam	4716.343			
	Y.Lisans/Doktora	4	16.0000	4.690					
Dissosiyatif Yaşantılar	İlkokul	9	19.9603	16.67	G. Arası	294.226	73.557		
	Ortaokul	23	19.5342	15.27				.393	.813
	Lise	27	16.1561	10.93	G. İçi	12724.590	187.126		
	Lisans	10	16.7857	15.17	Toplam	13018.816			
	Y.Lisans/Doktora	4	12.7232	7.926					
Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları	İlkokul	12	4.5833	2.574	G. Arası	31.193	7.798		
	Ortaokul	25	3.0800	2.498				1.161	.335
	Lise	29	3.1724	2.752	G. İçi	503.795	6.717		
	Lisans	10	3.9000	2.378	Toplam	534.988			
	Y.Lisans/Doktora	4	2.0000	2.494					

Eğitim durumuna göre; Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Michigan Alkol Tarama, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri- II ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği puanlarının anlamlı şekilde farklılaşp farklılaşmadığını analiz etmek amacıyla yapılan ANOVA analizi sonuçları tabloda yer almaktadır. Buna göre, eğitim durumuna göre psikolojik belirtilerin ($F=1.197, p>.05$), alkolle ilişkili sorunların ($F=1.493, p>.05$), dissosiyatif yaşantılar ($F=.393, p>.05$), kaçınmacı bağlanma ($F=1.560, p>.05$), kaygılı bağlanma ($F=.587, p>.05$) ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının ($F=1.161, p>.05$) anlamlı şekilde farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.14: Gelir Durumuna Göre; Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Michigan Alkol Tarama Testi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri - II ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeğine Yönelik T Testi Tablosu

Ölçekler	Gruplar	N	Ort	Ss	Var. K.	KT	KO	F	p
Genel Psikolojik Belirti Düzeyi	Düşük	17	1.4392	.72695	G.	2.021	1.011		
	Orta	23	1.2932	.86895	Arası G. İçi	30.567	.546	1.852	.166
	Yüksek	19	.9801	.55275	Toplam	32.588			
Kaçınmacı Bağlanma	Düşük	59	1.2345	.74957	G.	5.193	2.596		
	Orta	18	3.3642	1.04044	Arası G. İçi	78.458	1.105	2.350	.103
	Yüksek	35	3.2317	1.09153	Toplam	83.651			
Kaygılı Bağlanma	Düşük	21	2.7011	.98859	G.	2.050	1.025		
	Orta	74	3.1134	1.07047	Arası G. İçi	113.888	1.582	.648	.526
	Yüksek	18	4.0309	1.22226	Toplam	115.938			
Alkolle İlişkili Sorunlar	Düşük	35	3.6857	1.26865	G.	193.382	96.691		
	Orta	22	3.6010	1.26809	Arası G. İçi	4522.961	67.507	1.432	.246
	Yüksek	75	3.7437	1.25169	Toplam	4716.343			
Dissosiyatif Yaşantılar	Düşük	17	24.6471	7.38191	G.	429.618	214.809		
	Orta	33	23.0606	7.58263	Arası G. İçi	12589.198	179.846	1.194	.309
	Yüksek	20	20.2000	9.76352	Toplam	13018.816			
Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları	Düşük	70	22.6286	8.26757	G.	9.040	4.520		
	Orta	19	21.4098	14.02059	Arası G. İçi	525.947	6.830	1.852	.519
	Yüksek	32	17.0748	12.89207	Toplam	534.988	1.011		

Gelir durumuna göre; Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Michigan Alkol Tarama, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri- II ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği'nden alınan puanların anlamlı şekilde farklılaşp farklılaşmadığını analiz etmek amacıyla yapılan ANOVA analizi sonuçları tabloda yer almaktadır. Buna göre, gelir durumuna göre psikolojik belirtiler ($F=1.852, p>.05$), alkolle ilişkili sorunlar ($F=1.432, p>.05$), dissosiyatif yaşantılar ($F=1.194, p>.05$), kaçınmacı bağlanma ($F=2.350, p>.05$), kaygılı bağlanma ($F=.648, p>.05$) ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının ($F=1.852, p>.05$) anlamlı şekilde farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

4.4 Regresyon Çözümlemesi Bulguları

Tablo 4.15: Dissosiyatif Yaşantıların Alkolle İlişkili Sorunları Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
Alkolle İlişkili Sorunlar	Dissosiyatif Yaşantılar	.192	.293	2.436	.018**

$R = .293$ $R^2 = .086$ Sd:1/63 $F: 5.936^{**} < .05$

Dissosiyatif yaşantıların alkolle ilişkili sorunları yordamasına ilişkin yapılan regresyon analizi bulguları tabloda yer almaktadır. Yapılan analiz sonucuna göre, dissosiyatif belirtilerin alkolle ilişkili sorunları yordadığı görülmüştür. Dissosiyatif yaşantıların, alkolle ilişkili sorunlara ait varyansın %8'ini açıkladığı bulunmuştur ($F(5.936) = .192, p = .018$).

Tablo 4.16: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarının Alkolle İlişkili Sorunları Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
Alkolle İlişkili Sorunlar	Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları	.547	.175	12.973	.148

$R = .175$ $R^2 = .031$ Sd:1/63 $F: 2.141 p > .05$

Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının alkolle ilişkili sorunları yordamasına ilişkin yapılan regresyon analizi bulguları tabloda yer almaktadır. Yapılan analiz sonucuna göre, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının alkolle ilişkili sorunları anlamlı bir biçimde yordamadığı görülmüştür ($F(2,141) = .547, p = .148$).

Tablo 4.17: Kaygılı Bağlanmanın Alkolle İlişkili Sorunları Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Beta	T	P
Alkolle	Kaygılı				
İlişkili	Bağlanma	1.586	.236	12.973	.059
Sorunlar					

$R = .236$ $R^2 = .056$ $Sd: 1/63$ $F: 3.707$ $p > .05$

Kaygılı bağlanmanın alkolle ilişkili sorunları yordamasına ilişkin yapılan regresyon analizi bulguları tabloda yer almaktadır. Yapılan analiz sonucuna göre, kaygılı bağlanmanın alkolle ilişkili sorunları anlamlı bir biçimde yordamadığı görülmüştür ($F(3,707) = 1,586$, $p = .059$).

Tablo 4.18: Kaçınmacı Bağlanmanın Alkolle İlişkili Sorunları Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Beta	T	P
Alkolle	Kaçınmacı				
İlişkili	Bağlanma	1.263	.217	12.973	.084
Sorunlar					

$R = .217$ $R^2 = .047$ $Sd: 1/63$ $F: 3.078$ $p > .05$

Kaçınmacı bağlanmanın alkolle ilişkili sorunları yordamasına ilişkin yapılan regresyon analizi bulguları tabloda yer almaktadır. Yapılan analiz sonucuna göre, kaçınmacı bağlanmanın alkolle ilişkili sorunları anlamlı bir biçimde yordamadığı görülmüştür ($F(3,078)$, $p = .084$).

Tablo 4.19: Belirti Tarama Listesi (SCL-90)'ın Alkole İlişkili Sorunları Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
Alkole İlişkili Sorunlar	Psikolojik Belirtiler	4.335	.384	2.914	.005**

$R = .384$ $R^2 = .148$ $Sd: 1/63$ $F: 3,078$ $p < .05$

Belirti Tarama Listesi (SCL-90)'ın alkole ilişkili sorunları yordanmasına ilişkin yapılan regresyon analizi bulguları tabloda yer almaktadır. Yapılan analiz sonucuna göre, Belirti Tarama Listesi (SCL-90)'dan alınan psikolojik belirti düzeyinin alkole ilişkili sorunların anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür. Buna göre, psikolojik belirtilerin, alkole ilişkili sorunlara ait varyansın %14'ünü açıklamaktadır ($F(3,078)$ $p = .005$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

DEĞERLENDİRME VE TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmaya ilişkin sonuçlara, tartışmalara ve bulgular üzerinden düzenlenen önerilere yer verilmiştir.

5.1.Genel Değerlendirme ve Tartışma

Araştırmaya, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde yatarak veya ayaktan tedavi gören toplam 80 kişi katılmıştır. Katılımcıların %20'si kadın, %80 gibi önemli bir çoğunluğu erkektir. Bu anlamda, katılımcıların cinsiyete göre homojen dağılmadığı görülmektedir. Alkol kullanım bozukluğunun epidemiyolojisi incelendiğinde, erkek olmanın bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Örneğin, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen bir çalışmada, son on iki ay içinde alkol bağımlılığı tanısı alma oranı erkeklerde %1,7 iken, kadınlarda %0,8 olarak bulunmuştur Benzer şekilde, Avrupa, Amerika ve Afrika'daki bazı ortamlarda yapılan araştırmalar, gençleri aşırı alkol kullanımına yatkınlaştıran risk faktörlerinden birinin erkek olmak olduğunu göstermiştir (Francis ve ark., 2015: 2). Grant ve ark. (2015: 757), erkeklerde kadınlardan iki kat daha fazla alkol kullanım bozukluğunun olduğunu tespit etmiştir. Bu anlamda, erkeklerin alkol kullanım bozukluğundan daha fazla etkilendiği düşünüldüğünde, ulaşılabilen katılımcıların çoğunun erkek olma sebebi anlaşılabilir. Bu anlamda, kadınların alkol kullanımını ve sorunları için belirli risk faktörlerini gösterme olasılığı erkeklerden daha düşük görünmektedir ve bu sorunlara karşı belirli koruyucu faktörlere sahip olma olasılıkları daha yüksektir. Buna göre, kadınlar, toplumsal cinsiyet rollerinin etkisiyle içki içmek için daha büyük sosyal yaptırımlar algılıyor olabilirler. Bunun yanı sıra, kadınların saldırganlık, sıkıntıyı azaltmak için içki içme, davranışsal kontrolsüzlük, heyecan arama ve asosyallik gibi aşırı içki içmeyle ilişkilendirilen özelliklere sahip olma olasılığı daha düşük olabilir. Son olarak, kadınların aşırı içmeye karşı koruyucu olan ve arzu edilen kadınsı özelliklere (örneğin: bakım) sahip olma olasılığı daha yüksek olabilir (Nolen-Hoeksema, 2004: 981).

Katılımcıların %50'sinin 36-50 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Ögel (2004), gerçekleştirdiği çalışmasında, son bir ay içinde her gün alkol kullanımına en sık 36-45 yaş grubunda rastladığını bildirmiştir. Yapılan çalışmalar, özellikle 15-49 yaş

grubundaki bireyler için alkol kullanımının erken ölüm riskini artırdığını göstermektedir (GBD, 2016).

Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde, %36,3 ile en sık lise mezunu olduğu, bunu %31,3 ile orta okul mezunlarının takip ettiği görülmektedir. Bu anlamda, katılımcıların eğitim düzeyinin düşük olduğu söylenebilir.

Ekonomik durumuna bakıldığında ise, katılımcıların %47,5 ile en yüksek oranda orta ekonomik seviyeye sahip olduğunu bildirdiği görülmektedir. Alkol kullanım bozukluğu ile ilişkili risk faktörleri incelendiğinde, ekonomik belirsizlik ve istikrarsız istihdamın alkol kullanım bozukluğu riskini artırdığı görülmektedir. Ekonomik durum, eğitim durumu ile de yakından ilişkili olduğundan, ekonomik durum ve eğitim durumunun paralel biçimde ilerlediği görülmektedir (Kuntsche ve ark., 2005: 842; Kuntsche ve ark., 2006: 567) Yapılan çalışmalar, benzer sonuçları sunmaktadır. Buna göre, alkol kullanım bozukluğu, orta yaş grubu ve işsiz erkeklerde daha yaygındır (Merline ve ark., 2004: 99; Ünal ve ark., 2021: 31). Bağımlılık durumu, ekonomik problemlerin hem sebebi hem de sonucu olarak görülmektedir. Bu anlamda, işsizlik ve alkol kullanımı arasında ilişki olduğu görülmektedir (De Simone, 2002: 952; Ünübol ve ark., 2019: 100). Eğitim düzeyinin düşük olmasının da benzer biçimde, bağımlılık için zemin oluşturduğu iddia edilmektedir (Yılmaz ve ark., 2021: 456).

Araştırmada, psikolojik belirtiler ile dissosiyatif yaşantılar, kaygılı bağlanma ve alkolle ilişkili sorunlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Psikolojik belirtilerin kaygılı bağlanma ile ilişkili olduğu bulgusu, literatür ile uyumludur (Batıgün ve Büyükaşahin, 2008: 106). Yapılan çalışmalar, çocuklukta güvensiz bağlanmanın, yetişkinlikteki depresif belirtiler, anksiyete, kişilik bozuklukları başta olmak üzere psikolojik sıkıntılar ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Parker, 1982: 52). Dissosiyatif yaşantılar ile psikolojik belirtiler arasındaki anlamlı ilişki, geçmiş araştırmalarca da gösterilmiştir (Steinberg ve ark., 2005: 237). Buna göre; dissosiyatif belirtileri olan bireyler, Belirti Tarama Listesi (SCL-90)'dan anlamlı şekilde daha yüksek puan almaktadır. Belirti Tarama Listesi (SCL-90) alt boyutları ile alkolle ilişkili sorunların ilişkisi incelendiğinde, alkolle ilişkili sorunlar ile Belirti Tarama Listesi (SCL-90) alt boyutlarından kaygı, öfke ve düşmanlık, psikotizm, kişiler arası duyarlılık ve depresyonun anlamlı şekilde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Mercier ve ark. (1992: 1272), erkek katılımcılar arasında şiddeti en yüksek olan belirti boyutlarını

depresyon, kişiler arası duyarlılık, anksiyete ve obsesif-kompulsif bozukluk olarak bulunmuştur. Kadınlar ise en yüksek depresyon, obsesif-kompulsif, anksiyete ve somatizasyon alt boyutlarında puan almışlardır. Türkiye’de bir örneklem grubunda yapılan çalışmada ise, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, öfke, paranoid düşünce, psikotik ve kişiler arası duyarlılık belirtilerinin alkol bağımlılarında diğer içicilerden ve alkol kullanmayanlardan daha fazla olduğu görülmüştür (Turan ve Aşkın, 1999: 93).

Araştırma sonucunda kaçınmacı bağlanma ile dissosiyatif yaşantılar arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Yanı sıra, kaygılı bağlanma ile de dissosiyatif yaşantılar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Literatürde hem kaçınmacı bağlanma hem de kaygılı bağlanma, güvensiz bağlanma ana başlığı altında ele alınmaktadır. Bu anlamda her iki bağlanma stiline de güvensiz bağlanma olduğu ve bakım veren ile sıcak, samimi ve yakın bir ilişkiyi içermediği söylenebilir (Levy ve ark., 2011: 195). Araştırmadan elde edilen bu bulgu, literatür ile uyumludur (Liotti, 2009: 53). Bağlanma stili ile dissosiyatif psikopatoloji arasındaki ilişkiye yönelik klinik araştırmalarda, dissosiyatif semptomlar ile güvensiz bağlanmayı sinyalleleyen bebek davranışları arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (Liotti, 2006: 61). Lyons-Ruth (2015: 253) tarafından toplumsal risk altındaki ailelerle iki boylamsal bağlanma çalışması özetlenmiştir. Araştırmalar, bebek kohortlarını geç ergenliğe kadar takip etmiştir. Her iki çalışmadan elde edilen veriler, bebeklikteki dağınık bağlanma davranışlarının daha sonraki dissosiyatif semptomatolojinin önemli habercileri olduğunu göstermektedir.

Araştırma sonucunda, alkolle ilişkili sorunlar ile dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Araştırmanın bu bulgusu, literatür ile uyumludur. Çalışmalar, travma, dissosiyasyon ve aleksitiminin veya duyguları tanımlayamamanın alkol bağımlılığının belirleyicileri olduğunu göstermektedir. Alkole erişim, diğer maddelere göre nispeten kolay olmaktadır ve dissosiyatif bozukluğu olan kişiler için alkol içmenin kısa vadeli avantajları bulunmaktadır. Bu anlamda, dissosiyatif belirtilere sahip bireyler, bu semptomlardan kurtulmanın bir yolu olarak alkol içmeye başlayabilmektedir. Alkol, bilişsel süreçleri yavaşlatmakta ve aşırı aktif zihinleri olan insanlar için geçici bir rahatlama sağlayabilmektedir (Curran, 1999: 497). Bununla birlikte, dissosiyatif semptomları şiddetlendirmektedir. Alkol sadece

duyuları köreltmekle kalmamakta, aynı zamanda bilinç kaybı yoluyla dissosiyatif amneziye de neden olabilmektedir (LaNeve, 2022).

Araştırmada, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile dissosiyatif yaşantılar arasında da pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu bulgular, literatürdeki diğer araştırmalar ile uyumludur (Sar ve ark., 2010). Buna göre, çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin gelecekteki dissosiyatif belirtiler ile ilişki olduğu bulunmuştur (Draijer ve Langeland, 1999: 379).

Araştırmada, kaygılı bağlanmanın cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaştığı, kadınların daha fazla kaygılı bağlandığı bulunmuştur. Yanı sıra, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının da cinsiyete göre kadınlar lehine anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür. Kaygılı bağlanma ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının risk faktörleri incelendiğinde, cinsiyetin bu risk faktörlerinden biri olmadığı görülmektedir. Bununla birlikte, kız ve erkek çocuklarının çocukluk çağı travmalarına farklı biçimlerde maruz kaldığı bilinmektedir (Gilbert ve ark., 2010: 68).

Yapılan araştırmada, psikolojik belirtiler, alkolle ilişkili sorunlar, dissosiyatif yaşantılar, kaçınmacı, kaygılı bağlanmanın ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının eğitim ve gelir durumuna göre anlamlı şekilde farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Regresyon analizi sonuçlarına göre, dissosiyatif belirtilerin alkolle ilişkili sorunları yordadığı görülmüştür. Dissosiyatif yaşantıların, alkolle ilişkili sorunlara ait varyansın %8'ini açıklamaktadır. Ayrıca, psikolojik belirtiler alkolle ilişkili sorunların anlamlı bir yordayıcısıdır ve hissedilen psikolojik belirtiler, alkolle ilişkili sorunlara ait varyansın %14'ünü açıklamaktadır.

Yapılan araştırmada, Michigan Alkol Tarama Testi sonuçları ile bağlanma stilleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Konu ile ilgili literatür, karmaşık bulgular sunmaktadır. Önemli bir araştırma grubu, bağlanma stilleri ile alkol kullanım bozukluğu arasında ilişki olduğunu bulsa da (McNally ve ark., 2003), araştırma bulguları örneklem grubu ve metodolojiye göre farklılık göstermektedir. Zdankiewicz-Ściğała ve Ściğała (2020) tarafından gerçekleştirilen yakın tarihli bir çalışmada bağlanma stilleri ve alkol kullanım bozukluğu arasında bir ilişki tespit edilse de doğrudan bir etkisinin olmadığı, farklı değişkenlerin bu ilişkiyi güçlendirmede aracılık ettiği vurgulanmıştır. De Rick ve ark. (2009), alkol bağımlılığı tanısı alan yatarak tedavi gören hastaların bağlanma stillerini incelemiştir. Bağlanma stilleri kayıtsız ve

kaygılı olmak üzere güvensiz bağlanma şeklinde olan hastaların semptom şiddetlerinin diğer değişkenler ile ilişkili olduğu görülmüştür. Buna göre, psikiyatrik semptomların ciddiyeti, kaygı ve depresyon belirtileri, bu iki değişken arasındaki ilişkiyi güçlendirmekte veya zayıflatmaktadır. Naeim ve Rezaeisharif (2021), alkol bağımlısı olan ve herhangi bir tanı almamış sağlıklı grubu karşılaştırmış ve sağlıklı grubun güvenli bağlanma puan ortalamalarının alkol bağımlısı bireylere göre daha yüksek olduğunu; bununla birlikte kaçınmacı ve kaygılı bağlanmanın alkol bağımlısı grupta, sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Benzer bir model izleyen bir diğer çalışmada, alkol bağımlılığı tanısı alan ve sağlıklı grup karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, alkol bağımlısı olan kişilerin bağlanma stili ve boyutları açısından alkol bağımlısı olmayanlardan önemli ölçüde farklı olduğunu göstermiştir. Ayrıca, tanı alan katılımcılar güvenli bağlanma stilinde önemli ölçüde daha düşük puanlar ve güvensiz bağlanma stilinde (kaygılı-kararsız ve kaçınmacı) daha yüksek puanlar ve bağlanma boyutları olan kaygı ve kaçınmada daha yüksek puanlar almıştır (Wyrzykowska ve ark., 2014). Bu anlamda, sağlıklı ve bağımlı gruplar karşılaştırıldığında, alkol kullanım bozukluğuna sahip bireylerin kaçınmacı ve kaygılı bağlanma stiline daha fazla olduğu söylenebilir. Bu araştırmada ise, halihazırda yalnızca tanı almış kişiler ile çalışılmıştır. Bu anlamda, anlamlı bir sonuç elde edilememesinin sebeplerinden biri karşılaştırmalı bir çalışma olmamasından kaynaklanabilir. Shin ve ark. (2011), alkol kullanım bozukluğu ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, kaygılı bağlanmanın alkol kullanımını açıklayabileceğini göstermiştir. Bununla birlikte kaçınmacı bağlanmanın alkol kullanım bozukluğu ile ilişkisi bulunamamıştır. Nakhoul ve ark. (2014) Lübnan'da ergen grubu üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, güvenli bir bağlanma stiline daha düşük alkol bağımlılığı ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu, güvensiz bağlanma stillerinin (kaygılı ve kayıtsız) ise daha yüksek alkol bağımlılığı ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Wedekind ve ark. (2013) ise, bu çalışmanın metodolojisine benzer biçimde yalnızca alkol bağımlılığı tanısı alan bireyler ile çalışma yürütmüştür. Buna göre, bağlanma biçimlerinin kaygı, kaygıyla başa çıkma ve işlevsel olmayan kişilik biçimleri ile ergenlik dönemindeki kişilik bozuklukları ve olumsuz yaşam olaylarının yaygınlığı ile ilişkisini inceleyen yazarlar, deneklerin yalnızca %33'ünün güvenli bağlanma stiline sahip olduğunu görmüştür. Bu anlamda, bu çalışmada güvenli bağlanma ve güvensiz bağlanma stilleri karşılaştırılmadığından bulgular anlamlı bir sonuç sunmamış olabilir. Bir diğer

deyişle, halihazırda tüm katılımcıların alkol kullanım bozukluğuna sahip olması, Michigan Alkol Tarama Testi'nin ayırt edici bir sonuç sunmasını engellemiş olabilir.

Yapılan araştırmada, Michigan Alkol Tarama Testi sonuçları ile Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları arasında da anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Araştırmanın bu bulgusu literatürdeki çalışmalar ile çelişmektedir. Alkol kullanım bozuklukları olan hastalarda çocukluk çağı travmasının klinik sonuçlarına artan bir ilgi bulunmaktadır. Son yıllarda, önemli sayıda araştırma alkol bağımlısı hastalarda travmaların rolünü incelemiştir (Schafer ve ark., 2010). Yapılan birçok araştırmanın bulguları, çocuklukta kötü muamelenin ve erken yaşam stres faktörlerinin, alkol kötüye kullanımında bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (Enoch 2011; Carliner ve ark. 2016). Çocukluk çağı travmalarının alkol bağımlılığının şiddetini, seyrini ve süresini etkilediği de araştırmalar sonuçlarınca bildirilmiştir (Lotzin ve ark. 2016). Buna göre, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar da dahil olmak üzere çocukluk çağında kötü muameleye maruz kaldığını bildiren alkol bağımlısı bireylerin, çocuklukta kötü muameleye maruz kalmadığını bildiren alkol bağımlısı bireylerden daha erken yaşta alkol kötüye kullanımı geliştirdiği ve daha şiddetli alkol kötüye kullanımı yaşadığını göstermiştir (Dom ve ark., 2007). Bu bulgular, bu araştırmada çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile alkol kullanım bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamasının sebebini açıklayabilir. Buna göre, bu çalışma, alkol kullanım bozukluğu tanısı alan katılımcıların alkol kullanım geçmişini ve şiddetini tespit etmemiştir. Gelecek araştırmalarda, alkol kullanım şiddetinin ve geçmişinin çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile ilişkisi incelenebilir.

5.2. Genel Sonuç

Araştırma, BRSHH Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde tedavi gören toplam 80 tanılı birey ile yürütölmüştür.

Korelasyon Bulguları

- Psikolojik belirtiler ile dissosiyatif yaşantılar, kaygılı bağlanma ve alkolle ilişkili sorunlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir.
- Belirti Tarama Listesi alt boyutlarından kaygı, öfke ve düşmanlık, psikotizm, kişiler arası duyarlılık ve depresyon ile alkolle ilişkili sorunlar arasında anlamlı şekilde ilişkili olduğu tespit edilmiştir

- Kaçınmacı bağlanma ile dissosiyatif yaşantılar arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.
- Kaygılı bağlanma ile dissosiyatif yaşantılar arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.
- Alkolle ilişkili sorunlar ile dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.
- Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir

Gruplararası Karşılaştırma Bulguları

- Kaygılı bağlanmanın cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaştığı, kadınların daha fazla kaygılı bağlandığı bulunmuştur.
- Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının cinsiyete göre kadınlar lehine anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür.
- Psikolojik belirtiler, alkolle ilişkili sorunlar, dissosiyatif yaşantılar, kaçınmacı, kaygılı bağlanma stili ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının eğitim ve gelir durumuna göre anlamlı şekilde farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Regresyon Bulguları

- Dissosiyatif belirtilerin alkolle ilişkili sorunları yordadığı görülmüştür. Dissosiyatif yaşantıların, alkolle ilişkili sorunlara ait varyansın %8'ini açıklamaktadır.
- Psikolojik belirtilerin alkolle ilişkili sorunların anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür. Psikolojik belirtiler, alkolle ilişkili sorunlara ait varyansın %14'ünü açıklamaktadır.

5.3.Araştırmanın Anlattıkları

1. Çalışmada dissosiyatif yaşantıların alkolle ilişkili sorunları anlamlı şekilde yordadığı tespit edilmiştir. Bulgular, korelasyon çözümlerinde de ortaya çıkmıştır. Bu anlamda, alkol kullanım bozukluğunun hem ilişkisel hem de nedensel çıkarım yapmaya müsait şekilde dissosiyatif yaşantılar ile ilişkili olduğu söylenebilir. Bu açıdan, alkol kullanım bozukluğu tedavi sürecinde bu

hususla dikkat edilmesi gerektiği sonucu elde edilmiştir. Ayrıca, bir risk faktörü olarak dissosiyatif yaşantıların ele alınması ve dissosiyatif semptomları olan bireylere yönelik eğitim ve müdahale programlarının geliştirilmesi gerektiği söylenebilir.

2. Çalışmada psikolojik belirtilerin alkolle ilişkili sorunları anlamlı şekilde yordadığı tespit edilmiştir. Psikolojik belirtiler, literatürde sıklıkla kullanılan Belirti Tarama Listesi ile tespit edilmiştir. Belirti Tarama Listesi alt boyutlarından, kaygı, öfke ve düşmanlık, psikotizm, kişiler arası duyarlılık ve depresyonun alkol kullanım bozukluğu ile anlamlı şekilde ilişkili olması, bahsi geçen bu psikolojik belirtilere özel bir önem gösterilmesini gerekli kılmaktadır. Alkol kullanım bozukluğu, çok çeşitli diğer bozukluklar ve fiziksel hastalıklar ile komorbiditesi olan bir bozukluktur. Bu açıdan, en önemli risklerin tespit edilmesi ve bunlara yönelik önlemler alınması, alkole duyulan ihtiyacın azalmasında etken rol oynayabilir.
3. Bu araştırma, tanılı bir örneklem grubunda yürütülmesi açısından oldukça önemlidir. Toplanan veriler, alkol kullanım bozukluğu riski olan bireylerden veya genel halk popülasyonundan elde edilmemiştir. Bu anlamda, verilerin, alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerden elde edilmesi, araştırma sonuçlarının klinik ortamlara uyarlanmasını kolaylaştırmaktadır. Bu araştırmada, dissosiyatif yaşantılar ve psikolojik belirtilerin özellikle ilişkili olduğu görülmüştür. Bu anlamda, gelecek araştırmalarda dissosiyatif yaşantıların ayrıntılı bir biçimde incelenmesi ve bahsi geçen psikolojik belirtilerin alkol kullanım bozukluğunun gelişiminde ve sürdürülmesindeki etkisi, daha büyük bir örneklem grubunda incelenebilir.

KAYNAKÇA

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of The Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aktay, M. (2020). İstismar ve İhmalin Çocuk Üzerindeki Etkileri ve Tedavisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, 1(2), 169-184.
- Aladak, N. (2021) *Erkek Amatem Hastalarında Opioid Ve Alkol Kullanım Bozukluğunun Çocukluk Çağı Travmalarıyla İlişkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Alpaslan, H. A., (2014) Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(2): 194-201
- American Psychological Assosication (2011). *Children and Trauma*. <https://www.apa.org/pi/families/resources/children-trauma-update>
- Bahtiyar, A. ve Can, B. (2017). Fen Öğretmen Adaylarının Bilimsel Süreç Becerileri ile Bilimsel Araştırmaya Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (42), 47-58.
- Batigün, A. D., & Büyükşahin, A. (2008). Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 105-114
- Bayar, B., Yavuz, M. (2008). *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar*. Sempozyum Dizisi. No: 62, s/221-230
- Bernstein, E. M., Putnam, F., W. (1986). Development, Reliability and Validity of a Dissociation Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735.
- Bolu, A., Pan, E., Günay, H., Öznur, T., Aydemir, E., & Erdem, M. (2014). Travma sonrası stres bozukluğunda saldırgan davranış ile dissosiyasyon arasındaki ilişki. *Gülhane Tıp Dergisi*, 56(2), 97-101.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books

- (2013). *Bağlanma*. (T. V. Soylu, Çeviri). 2. Basım. İstanbul: Pinhan Yayıncılık
- Braun, G. (1985). The transgenerational incidence of dissociation and multiple personality disorder: A preliminary report. In R. Kluft (Ed.) *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 127–150). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*, 28(5), 759-775.
- Burki, T. (2010). Changing drinking patterns: a sobering thought. *The Lancet*, 376(9736), 153–154. doi:10.1016/s0140-6736(10)61095-1
- Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(8), 801-819.
- Canan, F. (2010) *Üniversite Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı, Disosiyatif Belirtiler ve Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Düzce.
- Carliner, H., Keyes, K. M., McLaughlin, K. A., Meyers, J. L., Dunn, E. C., & Martins, S. S. (2016). Childhood trauma and illicit drug use in adolescence: A population-based national comorbidity survey replication–adolescent supplement study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 701-708.
- Chasan, N. (2010). *Alkol Bağımlılığı ile Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Chen, L. H., Baker, S. P., & Li, G. (2005). Drinking history and risk of fatal injury: comparison among specific injury causes. *Accident; analysis and prevention*, 37(2), 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2004.09.001>
- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 147(7), 887–892. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.7.887>

- Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L., & Matthews, J. A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 749-755.
- Claussen, A. H., & Crittenden, P. M. (1991). Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 15(1-2), 5–18. doi:10.1016/0145-2134(91)90085-r
- Coskunol, H., Bagdiken, I., Sorias, S., & Saygili, R. (1995). Michigan alkolizm tarama testinin geçerliliği. *Ege Tıp Dergisi*, 34(1), 15-18.
- Crump, C., Edwards, A. C., Kendler, K. S., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2020). Healthcare utilisation prior to suicide in persons with alcohol use disorder: national cohort and nested case-control study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 217(6), 710–716. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.122>
- Cruz, F. C., Quadros, I. M., da S Planeta, C., & Miczek, K. A. (2008). Maternal separation stress in male mice: long-term increases in alcohol intake. *Psychopharmacology*, 201(3), 459-468.
- Curran, E., Adamson, G., Rosato, M., De Cock, P., & Leavey, G. (2018). Profiles of childhood trauma and psychopathology: US National Epidemiologic Survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(11), 1207-1219.
- Curran, H. V., & Hildebrandt, M. (1999). Dissociative effects of alcohol on recollective experience. *Consciousness and Cognition*, 8(4), 497-509.
- Dağ, İ. (1991). Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2: 5-12.
- Danese, A., & Baldwin, J. R. (2017). Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. *Annual review of psychology*, 68, 517-544.
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PloS one*, 10(5), e0126870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126870>

- De Rick, A., Vanheule, S., & Verhaeghe, P. (2009). Alcohol addiction and the attachment system: an empirical study of attachment style, alexithymia, and psychiatric disorders in alcoholic inpatients. *Substance Use & Misuse*, 44(1), 99-114.
- De Simone, J. (2002). Illegal drug use and employment. *J. Labor Econ*, 20, 952–977.
- De Wit, H., Söderpalm, A. H., Nikolayev, L., & Young, E. (2003). Effects of acute social stress on alcohol consumption in healthy subjects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(8), 1270-1277.
- Demitrack, M. A., Putnam, F. W., Brewerton, T. D., Brandt, H. A., & Gold, P. W. (1990). to Dissociative Phenomena in Eating Disorders. *The American journal of psychiatry*, 147, 1184-1188.
- Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2007). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 178-185.
- Doruk, A., Erdem, M., Özenç, S., Balıkcı, A., & Özdemir, B. (2012). Gelişimsel kekemelik olgularında travmatik yaşantılar ve dissosiyasyon düzeyleri. *Gulhane Medical Journal*, 54(1).
- Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 379-385.
- Dubowitz, H., Giardino, A. ve Gustavson, E. (2000). Child Neglect: Guidance for pediatricians. *Pediatrics in Review*, 21, 111-116.
- Dünya Sağlık Örgütü (2020). *Child maltreatment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> adresinden erişildi.
- Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*, 214(1), 17-31.
- Estrada, P., Arsenio, W. F., Hess, R. D., Holloway, S. D. (1987). Affective quality of the mother–child relationship: Longitudinal consequences for children's school-relevant cognitive functioning. *Developmental Psychology*, 23(2), 210–215. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.2.210>

- Evren, C., & Ögel, K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(1), 30-37.
- Evren, C., Sar, V., Karadag, F., Gurol, D. T., & Karagoz, M. (2007). Dissociative disorders among alcohol-dependent inpatients. *Psychiatry Research*, 152(2-3), 233-241.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258
- Finkelhor, D. (1984) *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. Free Press, New York.
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 623-629.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* (London, England), 392(10152), 1015–1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet*, 373(9657), 68-81
- Goodwin, D. W. (1974). Drinking Problems in Adopted and Nonadopted Sons of Alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 31(2), 164-169. doi:10.1001/archpsyc.1974.0176014

- Görünmez, M. (2006) *Bağlanma stilleri ve duygusal zekâ yetenekleri / Attachment styles and emotional intelligence abilities* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., ... & Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA psychiatry*, 72(8), 757-766.
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Relationship Scales Questionnaire (RSQ). *APA PsycTests*.<https://doi.org/10.1037/t10182-000>
- Guarnieri, S., Smorti, M., & Tani, F. (2015). Attachment relationships and life satisfaction during emerging adulthood. *Social Indicators Research*, 121(3), 833-847.
- Güleç, G., Köşger, F., & Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 448-460.
- Gündüz, A., Yaşar, A. B., Gündoğmuş, İ., Savran, C., & Konuk, E. (2018). Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 68-75.
- Hägele, C., Friedel, E., Kienast, T., & Kiefer, F. (2014). How do we 'learn' addiction? Risk factors and mechanisms getting addicted to alcohol. *Neuropsychobiology*, 70(2), 67-76.
- Harlow, H. F. (1958). *The nature of love*. *American psychologist*, 13(12), 673-685.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 64(7), 830-842.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*, 5(1), 1-22.
- Helvacı Çelik, F. G. & Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8 (4) , 695-711 . DOI: 10.31832/smj.454535

- Helzer, J. E., & Burnam, A. (1991). Epidemiology of alcohol addiction: United States. *Comprehensive handbook of drug and alcohol addiction*, 9-38.
- Higley, J. D., Thompson, W. W., Champoux, M., Goldman, D., Hasert, M. F., Kraemer, G. W., ... & Linnoila, M. (1993). Paternal and maternal genetic and environmental contributions to cerebrospinal fluid monoaminemetabolites in rhesus monkeys (*Macaca mulatta*). *Archives of General Psychiatry*, 50(8), 615-623.
- İnsan Hakları Derneği, (2008). Çocuk İhmali ve İstismarını Önleme Öğretmenler ve Aileler için Eğitim Kılavuzu. <https://www.ihddiyarbakir.org/Content/uploads/f971c62f-8f03-4548-85eb-997dd89a8a36.pdf> [15 Haziran]
- John, R., Hollander, B., & Perry, C. (1983). Hypnotizability and phobic behavior: Further supporting data. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(3), 390–392. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.92.3.390>
- Karadag, F., Sar, V., Tamar-Gurol, D., Evren, C., Karagoz, M., & Erkiran, M. (2005). Dissociative disorders among inpatients with drug or alcohol dependency. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(10), 1247-1253.
- Kaşıkcı, N. B. (2019) *Ergenlerde Sosyal Medya Kullanımı İle Dissosiyasyon Ve Duygu İfadesi Arasındaki İlişki* (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi) Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kendler, K. S., Prescott, C. A., Neale, M. C., & Pedersen, N. L. (1997). Temperance board registration for alcohol abuse in a national sample of Swedish male twins, born 1902 to 1949. *Archives of general psychiatry*, 54(2), 178-184.
- Kepençi, Y. (2001). Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali. *Katkı Pediatri Dergisi*, 22, 3.
- Kılıç, M. (1991). Belirti tarama listesi (SCL.90-R) nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 1(2), 45-52.
- Kluft, R. P. (1984). Multiple personality in childhood. *Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 121–134.

- Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1897-1907.
- Kronson, J., Ross, C. A., & Koenigen, S. (1990). Dissociative disorders amongst chemically dependent individuals. *In Proceedings of the Seventh International Conference on Multiple Personality/Dissociative States*. Chicago/Rush-Presbyterian-St Luke's Medical Centre (Vol. 44).
- Kudu, Y. E. (2021) *Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Alkol-Madde Bağımlılarında Kendine Zarar Verme Davranışı, Travmatik ve Disosiyatif Yaşantıların İncelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., Engels, R. (2006). 'I drink spirits to get drunk and block out my problems...' bev-erage preference, drinking motives and alcohol use in adolescence. *Alcohol and alcoholism* (Oxford,Oxfordshire), 41(5):566–73.
- (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical psychology review*, 25(7):841–61. Epub 2005/08/13. doi:10.1016/j.cpr.2005.06.002PMID:16095785.
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 193-203.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55-73.
- (2009). Attachment and dissociation. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, 53-65.
- Lotzin, A., Haupt, L., von Schönfels, J., Wingefeld, K., & Schäfer, I. (2016). Profiles of childhood trauma in patients with alcohol dependence and their associations with addiction-related problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(3), 543-552.
- Lyons-Ruth, K. (2015). Dissociation and the parent–infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Attachment*, 9(3), 253-276.

- Magruder-Habib, K., Durand, A. M., & Frey, K. A. (1991). Alcohol abuse and alcoholism in primary health care settings. *The Journal of family practice*, 32(4), 406–413.
- Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D. J. (1993). Long-Term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114(1), 68-79.
- McNally, A. M., Palfai, T. P., Levine, R. V., & Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: The mediational role of coping motives. *Addictive behaviors*, 28(6), 1115-1127.
- Mercier, C., Brochu, S., Girard, M., Gravel, J., Ouellet, R., & ParÉ, R. (1992). Profiles of Alcoholics According to the SCL-90-R: A Confirmative Study. *International Journal of the Addictions*, 27(11), 1267–1282. doi:10.3109/10826089209047349
- Merline, A. C., O'Malley, P. M., Schulenberg, J. E., Bachman, J. G., & Johnston, L. D. (2004). Substance use among adults 35 years of age: prevalence, adulthood predictors, and impact of adolescent substance use. *American journal of public health*, 94(1), 96-102.
- Muller, M. E. (1992). A critical review of prenatal attachment research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 6(1), 5-22.
- Murray, K. L., Nguyen, A., Cohen, J. (2014), Child Sexual Abuse, *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 23(2): 321–337.
- Naeim, M., & Rezaeisharif, A. (2021). Comparison of emotional intelligence, attachment style, and mental health in addicted and nonaddicted people. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 20(4), 463-469.
- Nakhoul, L., Obeid, S., Sacre, H., Haddad, C., Soufia, M., Hallit, R., & Hallit, S. (2020). Attachment style and addictions (alcohol, cigarette, waterpipe and internet) among Lebanese adolescents: a national study. *BMC psychology*, 8(1), 1-10.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (t.y.) *Understanding Alcohol Use Disorder*

https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/Alcohol_Use_Disorder_0.pdf [12 Temmuz]

Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical psychology review*, 24(8), 981-1010.

North, & Carol, S. e. (1993). *Multiple personalities, multiple disorders: Psychiatric classification and media influence*. New York: Oxford University Press

Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and psychopathology*, 9(4), 855-879.

Ögel, K., Eke, C., Taner, S., Erol, B. (2004). *İstanbul'da öğrencilerde riskli davranışlar araştırması*. Yeniden yayın no: 6. İstanbul.

Ögel, K., Tamar D., Özmen E., Aker T., Sağduyu A., Boratav C., Liman O. (2003). İstanbul örneğinde alkol kullanım yaygınlığı. 3 P/ *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 11(2), 123- 127.

Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., & Çakmak, D. (2001). Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 47-52.

Öztürk, E. (2018). *Psikotarih ruhsal travma ve dissosiyasyon*. Celbiş,(Ed.). Turaz Akademi, 92-106.

----- (2020). *Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri* (2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

Öztürk, E. & Şar, V. (2005). Apparently normal family: a contemporary agent of transgenerational trauma and dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 48(3-4):287-303.

Parker, G. (1982). Parental representations and affective disorder: examination for an hereditary link. *Br J Med Psychol*, 55: 57-61.

- Pearson, J. L., Cowan, P. A., Cowan, C. P., & Cohn, D. A. (1993). Adult attachment and adult child-older parent relationships. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(4), 606–613. doi:10.1037/h0079471
- Pehlivantrk, B. (2004). Otistik bozukluğu olan çocuklarda bağlanma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 56-63.
- Pelendecioğlu, B. & Bulut, S. (2016). Çocukęa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9 (1), 49-62.
- Recovery Research Institue (t.y) *Epidemiology: How Prevalent is Addiction?* <https://www.recoveryanswers.org/addiction-101/epidemiology/> [17 Temmuz]
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1996). Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 101-109.
- Ross, C. (1997). *Dissociative Identity Disorder: Diognosis, Clinic Features, and Treatment of Multiple Personality*. New York.
- Sar, V., & Ross, C. (2006). Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatric Clinics*, 29(1), 129-144.
- Sar, V., Koyuncu, A., Ozturk, E., Yargic, L. I., Kundakci, T., Yazici, A., Kuskonmaz, E., & Aksüt, D. (2007). Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *General hospital psychiatry*, 29(1), 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2006.10.009>
- Sar, V., Taycan, O., Bolat, N., Özmen, M., Duran, A., Öztürk, E., & Ertem-Vehid, H. (2010). Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*, 43(1), 33-40.
- Schäfer, I., Langeland, W., Hissbach, J., Luedecke, C., Ohlmeier, M. D., Chodzinski, C., ... & TRAUMAB-Study group. (2010). Childhood trauma and dissociation in patients with alcohol dependence, drug dependence, or both—a multi-center study. *Drug and alcohol dependence*, 109(1-3), 84-89.

- Schmid, B., Blomeyer, D., Treutlein, J., Zimmermann, U. S., Buchmann, A. F., Schmidt, M. H., ... & Laucht, M. (2010). Interacting effects of CRHR1 gene and stressful life events on drinking initiation and progression among 19-year-olds. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 13(6), 703-714.
- Selçuk, E., Günaydın, G., Sümer, N., ve Uysal, A. (2005). Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8(16), 1-11.
- Shin, S. E., Kim, N. S., & Jang, E. Y. (2011). Comparison of problematic internet and alcohol use and attachment styles among industrial workers in Korea. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(11), 665-672.
- Sinanan, A. N. (2015) Trauma and Treatment of Child Sexual Abuse. *Journal of Trauma Treat*, S4: 024. doi:10.4172/2167-1222.
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse?. *Psychopharmacology*, 158(4), 343-359.
- Sommer, W. H., & Saavedra, J. M. (2008). Targeting brain angiotensin and corticotrophin-releasing hormone systems interaction for the treatment of mood and alcohol use disorders. *Journal of Molecular Medicine*, 86(6), 723-728.
- Soysal, A. Ş., Bodur, Ş., İşeri, E., Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 8(2), 88-99.
- Spiegel, D., Hunt, T., & Dondershine, H. E. (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 145(3), 301–305. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.3.301>
- Stahre, M., Roeber, J., Kanny, D., Brewer, R. D., & Zhang, X. (2014). Contribution of excessive alcohol consumption to deaths and years of potential life lost in the United States. *Preventing chronic disease*, 11, E109. <https://doi.org/10.5888/pcd11.130293>

- Steinberg, M., Barry, D. T., Sholomskas, D., & Hall, P. (2005). SCL-90 symptom patterns: Indicators of dissociative disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69(3), 237-249. doi:10.1521/bumc.2005.69.3.237
- Straus, M. A., Kantor, G. K. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior: Some principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect*, 29, 19-29.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health* <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt35325/NSDUHFR1PDFWHTMLFiles2020/2020NSDUHFR1PDFW102121.pdf> [5 Temmuz].
- Suomi, S. J., & Leroy, H. A. (1982). In memoriam: Harry F. Harlow (1905-1981). *American Journal of Primatology*, 2(4), 319-342. doi:10.1002/ajp.1350020402
- Sümer, N. & Güngör, D. (1999a). Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(43), 71-106.
- (1999b). Çocuk Yetiştirme Stillерinin Bağlanma Stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*.14(44), 35-58.
- Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(43), 71-106.
- Şar, V., Kundakçı, T. ve Kızıltan, E. (1997). Disosiyatif yaşantılar ölçeği'nin (DES-II) geçerlik ve güvenilirliği. 33. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Tam Metin Kitabı*, 55-64.
- Şar, V., Tutkun, H., Alyanak, B., Bakim, B., & Baral, I. (2000). Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 216-222.

- Şeneldir, L. (2009). *Nazal obstrüksiyon cerrahisinin, gündüz uykululuk hali, akustik rinometri ölçümleri ve Scl-90 R belirti tarama testi ile değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.
- Şimşek, M. O. (2021). *Bireylerin Bağlanma Stillerinin Sosyal Medya Kullanımları ve Kişilerarası Güvenleri Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama* (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- T.C Resmî Gazete (1995). Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/22184.pdf> [10 Haziran]
- Tamar-Gurol, D., Sar, V., Karadag, F., Evren, C., & Karagoz, M. (2008). Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(5), 540-547.
- Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*, 35(2), 82-86.
- Tanner, K., & Turney, D. (2003). What do we know about child neglect? A critical review of the literature and its application to social work practice. *Child and Family Social Work*, 8, 25-34.
- Terr, L. C. (1995). Childhood Traumas. *Psychotraumatology*, 301-320. doi:10.1007/978-1-4899-1034-9_18
- The National Child Traumatic Stress Network (2000). *Complex Trauma*. <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/complex-trauma> adresinden erişildi. Erişim Tarihi: 09 Mart 2022.
- Tıraşçı, Y., Gören, S., (2007) Çocuk İstismarı ve İhmali, *Dicle Tıp Dergisi*, Cilt:34, Sayı: 1, (70-74)
- Tucker, G. J., Harrow, M., & Quinlan, D. (1973). Depersonalization, Dysphoria, and Thought Disturbance. *American Journal of Psychiatry*, 130(6), 702-706. doi:10.1176/ajp.130.6.702
- Turan, M., & Aşkın, R. (1999). Alkol Bağımlılığında Ruhsal Belirtiler. *Genel Tıp Dergisi*. 9(3), 93-98

- UNICEF (2010). *Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu* <https://www.unicef.org/turkey/en/reports/research-study-child-abuse-and-domestic-violence-turkey-summary-report-2010> [15 Haziran]
- Uzun, Ş. (2002). Ergenlerde algılanan duygusal istismar ile kendilik imgesi arasındaki ilişkinin incelenmesi (Order No. 28538847). *Available from ProQuest Dissertations & Theses Global*. (2606872320). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/ergenlerde-algılanan-duygusal-istismar-ile/docview/2606872320/se-2>
- Ünal, S., Mutlu, E.A., Yıldırım, Ö.T. (2020). Madde bağımlılığının gelişiminde birikimli risk faktörlerinin rolü. *Bağımlılık Dergisi* 22(1): 31-42.
- Ünübol, B., Çinka, E., Bilici, R. et al. Bağımlı kadınların ruhsal, ailesel ve çevresel sorunlarının incelenmesi. *KADEM Kadın Araştırmaları Dergisi*, 2019; 5(1): 99-131
- Van der Kolk, B., & Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry*, 146: 1530-1540
- Van Ryzin, M. J., Fosco, G. M., & Dishion, T. J. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors*, 37(12), 1314–1324. doi:10.1016/j.addbeh.2012.06.020
- Veltkamp, L. J., & Miller, T. W. (1994). *Clinical handbook of child abuse and neglect*. International Universities Press, Inc.
- Wekerle, C., Miller, A., Wolfe, D., Spindel, C. (2006). *Childhood Maltreatment*. Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers.
- Westermeyer, J., Yargic, I., & Thuras, P. (2004). Michigan assessment-screening test for alcohol and drugs (MAST/AD): Evaluation in a clinical sample. *American Journal on Addictions*, 13(2), 151-162.

- Wood, A. M., Kaptoge, S., Butterworth, A. S., Willeit, P., Warnakula, S., Bolton, T., Paige, E., Paul, D. S., Sweeting, M., Burgess, S., Bell, S., Astle, W., Stevens, D., Koulman, A., Selmer, R. M., Verschuren, W., Sato, S., Njølstad, I., Woodward, M., Salomaa, V., ... Emerging Risk Factors Collaboration/EPIC-CVD/UK Biobank Alcohol Study Group (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet* (London, England), 391(10129), 1513–1523. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30134-X)
- World Health Organization (2017). *Child Maltreatment*. <https://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment/> adresinden erişildi.
- World Health Organization. (2020). *Child Maltreatment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> adresinden erişildi.
- Wyrzykowska, E., Głogowska, K., & Mickiewicz, K. (2014). Attachment relationships among alcohol dependent persons. *Alcoholism and Drug Addiction*, 27(2), 145-161.
- Yaldizli, O., Kuhl, H. C., Graf, M., Wiesbeck, G. A., & Wurst, F. M. (2010). Risk factors for suicide attempts in patients with alcohol dependence or abuse and a history of depressive symptoms: a subgroup analysis from the WHO/ISBRA study. *Drug and alcohol review*, 29(1), 64–74. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00089.x>
- Yenigün, M. (2006). Alkol tüketimi ve tıp. *Haseki Dergisi*, 44(3), 1-16.
- Yeşilyaprak, B. (2001). Duygusal zekâ ve eğitim açısından doğurguları. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 25(25), 139-146.
- Yıldız, H. (2008). *İlköğretim 3. sınıf öğrencilerinin bağlanma stillerinin annelerinin bağlanma stilleriyle karşılaştırılması* (Yüksek Lisans Tezi) Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, F. K., Ergelen, M., Akülker, G., & Bilici, R. (2021). Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ebeveynlerin Çocuklarında Karşılaşılan Davranış Sorunları. *Bağımlılık Dergisi*, 22(4), 455-464.

- Yu, J., Ross, C. A., Keyes, B. B., Li, Y., Dai, Y., Zhang, T., ... & Xiao, Z. (2010). Dissociative disorders among Chinese inpatients diagnosed with schizophrenia. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(3), 358-372.
- Zdankiewicz-Ścigała, E., & Ścigała, D. K. (2020). Attachment style, early childhood trauma, alexithymia, and dissociation among persons addicted to alcohol: Structural equation model of dependencies. *Frontiers in psychology*, 10, 2957.
- Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M. E., & Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.



EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

CİNSİYET:	KADIN() ERKEK()
EĞİTİM DURUMU:	OKUL BİTİRMEDİM () OKURYAZARIM () İLKOKULU BİTİRDİM () ORTAOKULU BİTİRDİM () LİSEYİ BİTİRDİM () ÜNİVERSİTEYİ BİTİRDİM () LİSANSÜSTÜ EĞİTİM BİTİRDİM ()
GELİR DURUMU	GELİRİM GİDERİMDEN AZ () GELİRİM GİDERİMLE DENK () GELİRİM GİDERİMDEN FAZLA ()
YAŞ	
ÇALIŞIYOR MUSUNUZ ?	DÜZENLİ BİR İŞİM VAR () DÜZENSİZ BİR İŞİM VAR(geçici işler,işportavb) () EMEKLİYİM (malülen dahil) () HALEN EĞİTİMİME DEVAM EDİYORUM () EV KADINIYIM () ÇALIŞMIYORUM () DİĞER ()

EK-2: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği

ACE Travma Puanınızı Bulabilirsiniz

Siz büyürken, hayatınızın ilk 18 yılında;

Tarih :

Ad Soyad :

1	Bir ebeveyniniz ya da ev halkından yetişkin biri sıklıkla ya da çok sıklıkla ... Size küfür etti mi, sizi hor gördü mü , sizi aşağıladı mı ya da sizi küçümsedi mi? Ya da Sizi fiziksel anlamda incitecek bir şekilde davranıp sizi korkuttu mu ? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet <input type="radio"/>
2	Bir ebeveyniniz ya da ev halkından yetişkin biri sıklıkla ya da çok sıklıkla ... Sizi itip tartakladı mı, tokatladı mı ya da size bir şey fırlattı mı? Ya da Size hiç iz kalacak ya da yaralanacağınız kadar güçlü vurdu mu ? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet <input type="radio"/>
3	Bir yetişkin ya da sizden en az 5 yaş büyük biri hiç ... Size hiç dokundu mu ya da sizi hiç okşadı mı ya da sizden hiç onların bedenine cinsel anlamda dokunmanızı istedi mi ? Ya da Sizinle oral, anal ya da vajinal olarak cinsel ilişki yaşadığı mı ya da teşebbüs etti mi ? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet <input type="radio"/>
4	Siz sıklıkla ya da çok sıklıkla aşağıdaki gibi hissettiniz mi? Ailenizde kimse sizi sevmiyor ya da sizin önemli ya da özel olduğunuzu düşünmüyor ? Ya da Aileniz size göz kulak olmadı , ailenizle yakın hissetmediniz ya da birbirinizi desteklemediniz ? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet <input type="radio"/>
5	Siz sıklıkla ya da çok sıklıkla aşağıdaki gibi hissettiniz mi? Yeterince yemek yoktu, kirli giysiler giymek zorundaydınız ve sizi koruyacak kimse yoktu? Ya da Aileniz size bakmak için ya da ihtiyacınız olduğunda doktora götürmek için çok sarhoştü ya da kendinde değildi? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet <input type="radio"/>
6	Ebeveynleriniz hiç ayrıldı mı ya da boşandı mı? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet <input type="radio"/>
7	Anneleriniz ya da üvey anneleriniz: Sıklıkla ya da çok sıklıkla itilip tartaklandı mı, tokatlandı mı ya da ona bir şey fırlatıldı mı? Ya da Bazen, sıklıkla ya da çok sıklıkla tekmelendi mi, dövüldü mü, yumrukla ya da daha sert bir şeyle ona vuruldu mu? Ya da Hiç en az birkaç dakika sürekli bir şekilde ona vuruldu mu ya da silahla ya da bıçakla tehdit edildi mi? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet <input type="radio"/>
8	İçki problemi olan, alkolik ya da uyuşturucu kullanan biriyle yaşadınız mı? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet <input type="radio"/>
9	Ev halkından biri depresyonda ya da zihinsel hasta mıydı ya da intihara teşebbüs etti mi? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet <input type="radio"/>
10	Ev halkından biri hapse girdi mi? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet <input type="radio"/>
11	Mevcut sağlık sorunlarınız var mı? Var ise bu sağlık sorunları nelerdir?

Şimdi "Evet" cevaplarınızı toplayın: Bu sizin ACE Travma Puanınız.

EK-3: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Bu test günlük hayatınızda başınızdaki geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanbaşıda duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyredirken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağır hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

EK-4: Michigan Alkol Tarama Testi

	EVET	HAYIR
0. Şimdi veya biraz sonra bir kadeh atmak hoşunuza gider mi?		
1. Kendinizi normal bir içici olarak hissediyor musunuz? (Normal kavramı ile diğer insanlar kadar veya onlardan daha az içme veya hiç içki içmeme kastedilmektedir)		
2. Akşam içki içtikten sonra sabah uyandığınızda akşamın bir bölümünü hatırlayamadığınız oldu mu?		
3. İçki içmeniz konusunda eşinizin, anne-babanızın veya yakınlarınızın endişe ettikleri veya yakındıkları oldu mu?		
4. Birkaç kadeh attıktan sonra mücadele etmeden içki içmeyi durdurabiliyor musunuz?		
5. İçki içtiğiniz için hiç suçluluk duydunuz mu?		
6. Arkadaşlarınız ve yakınlarınız sizin normal bir içici olduğunuzu düşünüyorlar mı?		
7. İstediginizde içki içmeyi durdurabiliyor musunuz?		
8. Adsız Alkoliklerin (AA) bir toplantısına hiç katıldınız mı?		
9. İçtiğinizde hiç kavga ettiğiniz oldu mu?		
10. İçki içmeniz sizinle; eşiniz, anne-babanız veya yakınlarınız arasında sorun oluşturdu mu?		
11. Eşiniz veya yakınlarınız içmeniz konusunda başkalarından yardım istediler mi?		
12. İçtiğiniz için arkadaşlarınızı kaybettiğiniz oldu mu?		
13. İçtiğiniz için işte veya okulda sorunlarla karşılaştığınız oldu mu?		
14. İçtiğiniz için işinizi kaybettiğiniz oldu mu?		
15. İçtiğiniz için arka arkaya birkaç gün sorumluluklarınızı, ailenizi veya işinizi ihmal ettiğiniz oldu mu?		

16. İçki içmeye sıklıkla oğleden önce mi başlarsınız?		
17. Hiç alkolle bağlantılı bir karaciğer sorununuzun olduğu söylendi mi?		
18. Aşırı içki içtikten sonra hiç DeliryumTremens veya aşırı titreme tablosuna girdiniz mi, gerçekte olmadığı halde sesler işitip, hayaller gördüğünüz oldu mu?		
19. İmeniz konusunda başkasından yardım istediniz mi?		
20. İçki nedeniyle hastaneye yattığınız oldu mu?		
21. Bir psikiyatri kliniğine hiç yattınız mı? Eğer yattıysanız içki imenizin yatışta rolü var mıydı?		
22. Sinirsel sorunlarınızdan dolayı psikiyatri polikliniğine, bir psikolog veya doktora başvurdunuz mu? Eğer başvurduysanız içki imenizin bunda rolü var mıydı?		
23. Aşırı alkollü olarak veya alkollü içkilerin etkisi altında araba kullandığınız için hiç tutuklandınız mı? (Evet ise kaç kere?: ____)		
24. İkiliyken diğer davranışlarınızdan dolayı tutuklandığınız veya birkaç saat dahi olsa gözaltına alındığınız oldu mu? (Evet ise kaç kere?: ____)		

EK-5: Belirti Tarama Testi (SCL-90)

ADI, SOYADI:..... YAŞ: CİNSİYETİ(E/K): MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0 Örnek: 1. (2) Baş ağrısı
Çok az : 1
Orta derecede : 2
Oldukça fazla : 3
İleri derecede : 4

1. () Baş ağrısı
2. () Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. () Zihinden atamadığımız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. () Baygınlık ya da baş dönmesi
5. () Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. () Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. () Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. () Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. () Olayları anımsamada güçlük
10. () Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. () Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. () Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. () Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. () Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. () Titreme
18. () Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. () İştah azalması
20. () Kolayca ağlama
21. () Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. () Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. () Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. () Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. () Olanlar için kendisini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar
28. () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Her şey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. () İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak

39. () Kalbin çok hızlı çarpması
40. () Bulantı ve mide rahatsızlık hissi
41. () Kendini başkalarından aşağı görme
42. () Adale (kas) ağrıları
43. () Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. () Uykuya dalmada güçlük
45. () Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. () Karar vermede güçlük
47. () Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. () Nefes almada güçlük
49. () Soğuk veya sıcak basması
50. () Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. () Hiç bir şey düşünmeme hali
52. () Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. () Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. () Gelecek konusunda ümitsizlik
55. () Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. () Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. () Gerginlik veya coşku hissi
58. () Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. () Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. () Aşırı yemek yeme
61. () İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. () Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. () Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. () Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. () Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. () Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. () Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. () Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. () Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme
70. () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. () Dehşet ve panik nöbetleri
73. () Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. () Sık sık tartışmaya girme
75. () Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. () Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. () Değersizlik duygusu
80. () Size kötü bir şey olacaktıymış hissi
81. () Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. () Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. () Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. () Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. () Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. () Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. () Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. () Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. () Suçluluk duygusu
90. () Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

EK-6: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II

(YIYE-II)

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyula ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer halihazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Hiç Kararsızım/ Tamamen
katılmıyorum fikrim yok katılıyorum

	1	2	3	4	5	6	7
1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsedğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.	1	2	3	4	5	6	7
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7

14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
17. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.	1	2	3	4	5	6	7
18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.	1	2	3	4	5	6	7
19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüphe etmeme neden olur.	1	2	3	4	5	6	7
20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.	1	2	3	4	5	6	7
21. Terk edilmekten pek korkmam.	1	2	3	4	5	6	7
22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
23. Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
24. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler.	1	2	3	4	5	6	7
26. Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.	1	2	3	4	5	6	7
27. Çok yakın olma arzumu bazen insanları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
28. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
29. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça, "gerçek ben"den hoşlanmayacağından korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
30. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
31. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelenendirir.	1	2	3	4	5	6	7
32. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7

33. Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5	6	7
34. Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
35. Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda önemser.	1	2	3	4	5	6	7
36. Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.	1	2	3	4	5	6	7



EK-7: Araştırma Etik Kurul İzni

BAKIRKÖY DR. SADI KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dissosiyatif Belirtiler, Bağlanma Stilleri ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarının Alkol Kullanım Bozukluğu ile İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	30.11.2022	00	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	30.11.2022	00	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	30.11.2022	00	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	Tarih: 07.12.2022					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç.Dr.Gülsüm Oya Hergünel

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Doç.Dr.Gülsüm Oya HERGÜNSEL	Anestezi ve Reanimasyon	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Prof.Dr.Sadık Sami HATİPOĞLU	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Prof.Dr.Meltem Vural	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Doç.Dr.Asuman GEDİKBAŞI	Biyokimya	LÜ.İst. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Prof.Dr.Ufuk EMEKLİ	Plastik, Rek. Ve Estetik Cerrahi	LÜ.İst. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Uz.Dr.Gülşay ÖZGÖN	Farmakolog	Nesiller Genetik	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Uz.Dr.Kaya Sami NİZAMOĞLU	Halk Sağlığı	İst. Sağ. Müd.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Prof.Dr.Murat EKİN	Kadın Hastalıkları ve Doğum	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Prof.Dr.Mehmet HURŞİTOĞLU	İç Hastalıkları	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Emre Şahin	Biyomedikal Mühendisliği	İst. Sağ. Müd.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Özkan TÖM	Hukuk	İst. Sağ. Müd.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Cengiz KIZILABDULLAH	Sivil Vatandaş	Diatest Sağlık Hizmetleri San. Tic. Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurulu
Unvanı/Adı
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU



ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dissosiyatif Belirtiler, Bağlanma Stilleri ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarının Alkol Kullanım Bozukluğu ile İlişkisi	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Hasan AKALIN Yardımcı Araştırmacı; Doç.Dr.Gökhan UMUT			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikolog			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Bakırköy Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
	Diğer ise belirtiniz: Prospektif Çalışma				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kuru
Unvanı/Adı
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-8: Araştırma Başvuru İzni

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

29.11.2022/666

EĞİTİM PLANLAMA KURULU KARARI (E.P.K)

İlgi : 28.10.2022 tarih ve 28254 sayılı dilekçe.

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Başkanı Başhekim Prof. Dr. Murat ERKIRAN, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Prof. Dr. H. Dilek ATAĞLI, Prof. Dr. Gül KARAÇETİN ve Prof. Dr. Erhan EMEL'in dosya üzerinden yaptıkları değerlendirmeleri neticesinde;

Hastanemizin Erişkin Arındırma Merkezi Kliniğinde görevli Psikolog Hasan AKALIN tarafından yürütülmesi planlanan "Alkol Kullanım Bozukluğu ile Dissosiyatif Yaşantılar, Bağlanma Stilleri ve Çocukluğu Çağı Travmaları İlişkisi" başlıklı araştırmayı hastanemizde uygulama talebi oy birliği ile uygun görülmüştür.

Başkan
Prof. Dr. Murat ERKIRAN

Prof. Dr. N
usu

Pro
Çocuk ve E
Klini

gi

EK 9: Kongre Bildiri Katılım Belgesi



ÖZGEÇMİŞ

Hasan Akalın

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji, 2023, İstanbul

Yüksek Lisans: İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı Psikoloji, 2016, İstanbul

Lisans: Mersin Üniversitesi, Fen – Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2012, Mersin

B. MESLEKİ EĞİTİMLER

Bilişsel Davranışçı Terapi – Yüksek Lisans Eğitimi

Şema Terapi – Uluslararası Şema Terapi Derneği

EMDR I. Düzey –EMDR Derneği

EMDR 2. Düzey -EMDR Derneği

EMDR Avrupa Akredite Terapisti – EMDR Derneği

EMDR ve Ergenlerle Performans Geliştirme – EMDR Derneği

Panik Bozukluk ve Fobilerde EMDR – EMDR Derneği

Kompleks Travma ve EMDR – EMDR Derneği

EMDR ve Flash Teknik – EMDR Derneği

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Tanı ve Tedavisi I.Düzey– Zihin Okulu, Medaim Yanık

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Tanı ve Tedavisi II. Düzey– Zihin Okulu, Medaim Yanık

Gottman Çift Terapisi I. Düzey Gottman Enstitüsü

Gottman Çift Terapisi 2.Düzey –Gottman Enstitüsü

Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Programı -Sağlık Bakanlığı -Prof.
Dr. Kültegin Ögel

Temel Bağımlılık Eğitimi – Sağlık Bakanlığı

C. TECRÜBELER

Türk Hava Kuvvetleri, Psikolog Asteğmen/ Teğmen, 2012-2013

İstanbul İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddeler
Şubesi,Psikolog, 2013 -2017

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği, Psikolog, 2017- Halen

D. YAYINLAR

Akalın, H. ve Umut, G. (2022). Dissosiyatif Belirtiler, Bağlanma Stilleri Ve Çocukluk
Çağı Olumsuz Yaşantılarının Alkol Kullanım Bozukluğu İle İlişkisi. 7. Uluslararası
Uygulamalı Bilimler Kongresi'nde sözlü sunulan bildiri.